**PODANIE ORAZ KWESTIONARIUSZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ**

**DRUKOWANYMI LITERAMI (oprócz adresu e-mail)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODANIE** |

|  |
| --- |
| NAZWISKO |

|  |
| --- |
| IMIĘ |

 |

|  |
| --- |
| data i podpis osoby przyjmującej |

 |
| **Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do klasy …………, semestr …………… w roku szkolnym …………….………. do Medycznego Studium Zawodowego na kierunek:**

|  |
| --- |
| □ opiekun medyczny □ terapeuta zajęciowy □ technik masażysta □ opiekunka dziecięca□ rejestrator/ka medyczny/a □ higienistka stomatologiczna □ ortoptystka □ asystentka stomatologiczna □ technik ortopeda □ technik farmaceutyczny □ technik sterylizacji medycznej  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  | **Numer ucznia**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imiona** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko panieńskie**(u mężatek) |  | **Data urodzenia** | dzień | miesiąc | rok |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejsce urodzenia** | miasto | województwo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adres stałego zameldowania** (zgodny z dowodem osobistym) | województwo | gmina | kod pocztowy |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| miejscowość | ulica | nr domu/mieszkania | □ miasto □ wieś |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adres do korespondencji** (jeśli jest inny niż zameldowania) | kod, miejscowość | ulica | nr domu/mieszkania |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Telefon** |  | **e-mail** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  | **Seria i nr dowodu osobistego** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię rodziców** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa ukończonej szkoły** | nazwa szkoły |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość | nr świadectwa | data ukończenia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych dla realizacji sprawnego funkcjonowania procesu dydaktycznego Szkoły (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych - tekst jednolity, Dz. U. Nr 101, poz. 926,  z późniejszymi zmianami oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). |

|  |
| --- |
| podpis kandydata |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załączniki:1. Dwie fotografie o wymiarze 30x42 mm
2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej
3. Informacja o wizerunku
4. Informacja o przyjęciu do szkoły
 |

|  |
| --- |
| **Odbiór oryginału świadectwa szkoły średniej stwierdzam własnoręcznym podpisem**data i podpis kandydata  |

 |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADNOTACJA SZKOŁY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opłata wpisowa pobrana dnia**  |  |
| **Legitymacja szkolna wydana dnia** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pozostałe uwagi** |  |

 |
|  |  |
|  | **Skąd dowiedziałeś/aś się o Centrum Kształcenia Zawodowego NAUKA?*** Internet,
* telewizja,
* radio,
* gazeta,
* ulotka reklamowa,
* znajomi,
* inne ……………………………………………………………………….
 |