



WNIOSEK DO DYREKTORA

Proszę o przyjęcie mnie do Medycznej Szkoły Policealnej Województwa Śląskiego Nr 1 w Raciborzu na kształcenie w roku szkolnym 20...../20.....

Wybrany kierunek nauki	Wybrane kierunki kształcenia – (proszę wstawić znak „x”)		
	dzienny	stacjonarny	zaoczny
HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA (2 lata)			
TERAPIA ZAJĘCIOWA (2 lata)			
TECHNIK MASAŻYSTA (2 lata)			
TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH (2 lata)			
TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ (1 rok)			
OPIEKUN MEDYCZNY (1,5 rok)			
OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ (2 lata)			
OPIEKUNKA DZIECIĘCA (2 lata)			
ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (1 rok)			

1. Nazwisko: Nazwisko panińskie:	Imię (imiona)
--	------------------------

2. Imiona rodziców

3. Data urodzenia..... **miejsce urodzenia**.....

4. PESEL (w przypadku braku numeru PESEL prosze podać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z danymi zawartymi w dowodzie osobistym:

seria i numer wydanym przez

6. Adres zamieszkania (dokładny adres z kodem pocztowym)

.....

7. Adres do korespondencji (wpisać w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

.....

8. Numer telefonu stacjonarnego, **komórkowego**

9. E – mail

1. Niniejszym w rozumieniu art.24. ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2015,poz. 2135) w przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym – **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CKZiUŚ w Raciborzu** oraz organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi z zakresie związanym procesem kształcenia (min. do celów edukacyjno – statystycznych oraz informacyjnych w tym nagrywanie na nośniki elektroniczne i fotografowanie)

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych i reklamowych drogą pocztową, elektroniczną, faksową, telefoniczną.

3. Wiarygodność danych wymienionych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 informuję, iż

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Raciborzu ul. Warszawska 7.

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z rekrutacją i procesem kształcenia.

3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w trakcie rekrutacji, procesu kształcenia oraz okresu wynikającego z przepisów prawa dotyczącego archiwizacji.

4. Przysługuje Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie przenoszenia danych.

5. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z przebiegiem rekrutacji i procesu kształcenia.

.....
 (data i podpis osoby składającej wniosek)

Do wniosku dołączam dokumenty:

1. świadcstwo ukończenia szkoły średniej (oryginał lub kserokopia poświadczona notarialnie)
2. 3 zdjęcia (wym 37 x52)