

# PODANIE

do Zespołu Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku

Proszę o przyjęcie do Wojewódzkiej Szkoły Policealnej w systemie:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| DZIENNYM                   |  |
| STACJONARNYM (WIECZOROWYM) |  |
| ZAOCZNYM                   |  |

(wybór zaznacz krzyżykiem)

Wybrany kierunek kształcenia:

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| PODOLOG                                                          |  |
| TECHNIK ORTOPEDA Z ELEMENTAMI FIZJOTERAPII I ODNOWY BIOLOGICZNEJ |  |
| TERAPEUTA ZAJĘCIOWY Z ELEMENTAMI PEDAGOGIKI SPECJALNEJ           |  |
| OPIEKUNKA DZIECIĘCA Z ANIMACJĄ ZABAW I GIER                      |  |
| TECHNIK MASAŻYSTA                                                |  |
| TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH                                      |  |
| OPIEKUN MEDYCZNY                                                 |  |

(wybór zaznacz krzyżykiem)

I Dane kandydata (wypełnić drukowanymi literami)

|                                  |                  |  |              |  |
|----------------------------------|------------------|--|--------------|--|
| ADRES<br>STAŁEGO<br>ZAMIESZKANIA | MIJSCOWOŚĆ       |  | KOD POCZTOWY |  |
|                                  | ULICA            |  | POCZTA       |  |
|                                  | NR DOMU          |  | GMINA        |  |
|                                  | NR<br>MIESZKANIA |  | POWIAT       |  |
|                                  |                  |  | WOJEWÓDZTWO  |  |
| TEL.<br>KONTAKTOWY               |                  |  | ADRES E-MAIL |  |

II Do podania dołączam:

- oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej,
- 3 zdjęcia podpisane na odwrocie,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia praktycznej nauki w wybranym zawodzie.

Dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość do wglądu.

.....  
data, podpis - imię i nazwisko

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE **wyrażam zgodę** na przetwarzanie niżej wymienionych moich danych osobowych.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku z siedzibą w przy ul. Piastowskiej 26, 48-200 Prudnik,
- Inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku jest Pani Jolanta Peska, e-mail [medyk@zskorczak-prudnik.pl](mailto:medyk@zskorczak-prudnik.pl), tel. 77-4362784,
- Dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem – **rekrutacja**,
- Dane będą udostępniane wyłącznie Zespołowi Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany JRWA Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,
- Pani /Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,

- Dane podaję dobrowolnie.

**III. Postępowanie kwalifikacyjne** (wypełnia komisja kwalifikacyjna)

*Nazwisko i imię kandydata*

.....

1. Data postępowania kwalifikacyjnego .....

2. Dokumenty kandydata:

- oryginalne świadectwo ukończenia szkoły,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kształcenia w wybranym zawodzie,
- 3 fotografie,

**Na podstawie postępowania kwalifikacyjnego Szkolna Komisja Rekrutacyjno – Kwalifikacyjna proponuje ( przyjąć na I rok / nie przyjąć ) w zawodzie:**

.....  
.....  
.....

Członkowie Komisji  
Rekrutacyjno – Kwalifikacyjnej

Przewodnicząca Komisji  
Rekrutacyjno – Kwalifikacyjnej

.....  
.....  
.....

.....

**IV. Odbiór dokumentów:** /wypełnić w przypadku odbioru dokumentów/

Poświadczam odbiór kompletu dokumentów.

.....  
data i podpis odbierającego