

PODANIE

do Zespołu Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku

Proszę o przyjęcie do Wojewódzkiej Szkoły Policealnej w systemie:

DZIENNYM	
STACJONARNYM	
ZAO CZNYM	

(wybór zaznacz krzyżykiem)

	Wybór kierunków	Kolejność wyboru
PODOLOG		
TECHNIK ORTOPEDA		
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY		
OPIEKUNKA DZIECIĘCA		
TECHNIK MASAŻYSTA		
TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH		
OPIEKUN MEDYCZNY		

I DANE KANDYDATA (wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ / IMIONA KANDYDATA	NAZWISKO KANDYDATA / NAZWISKO RODOWE

DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA		
	DD – MM - RRRR		MIEJSCOWOŚĆ	WOJEWÓDZTWO

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA		POCZTA	
	NR DOMU		GMINA	
	NR MIESZKANIA		POWIAT	
			WOJEWÓDZTWO	
ADRES E-MAIL		TELEFON		

II Wybór nauki języka obcego (wybór zaznacz krzyżykiem)

JĘZYK ANGIELSKI	
JĘZYK NIEMIECKI	

III 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,
- Kontakt z Inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku, e-mail medyk@zskorzak-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.

.....
data, podpis - imię i nazwisko

IV. 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

.....

.....

.....

.....

V. Odbiór dokumentów: /wypełnić w przypadku odbioru dokumentów/
Poświadczam odbiór kompletu dokumentów.

.....
data i podpis odbierającego