

.....  
Nazwisko i imię kandydata

.....  
Drugie imię kandydata

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
NR PESEL

.....  
Nazwisko i imiona rodziców

.....  
Nr telefonu kontaktowego



**Dyrektor**

**Medyczno-Społecznego Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego  
w Inowrocławiu**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2017/2018 na pierwszy rok nauki na kierunku:

(proszę o wyraźne zaznaczenie krzyżykiem wybrany kierunek kształcenia)

- Technik farmaceutyczny – forma kształcenia dzienna weekendowa
- Technik elektroradiolog – forma kształcenia dzienna weekendowa
- Technik masażysta – forma kształcenia dzienna wieczorowa
- Terapeuta zajęciowy – forma kształcenia dzienna weekendowa wieczorowa
- Opiekun medyczny – forma kształcenia dzienna i zaoczna
- Technik usług kosmetycznych – forma kształcenia zaoczna
- Ortoptystka / Ortoptysta – forma kształcenia dzienna weekendowa
- Technik sterylizacji medycznej – forma kształcenia zaoczna
- Protetyk słuchu – forma kształcenia dzienna lub zaoczna
- Opiekunka dziecięca – forma kształcenia dzienna weekendowa
- Technik ortopeda – forma kształcenia dzienna weekendowa wieczorowa
- Technik optyk – forma kształcenia weekendowa wieczorowa zaoczna

Posiadam:

- Opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, Poradni Specjalistycznej o specyficznych trudnościach w uczeniu się:
- Orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej:
- Orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania:
- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, które może być podstawą przystąpienia do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach dostosowanych do indywidualnych potrzeb.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z procesem rekrutacji przez szkołę, organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 z póź.zm.)

.....  
czytelny podpis kandydata

**Wykaz dokumentów załączonych do podania:**

LP.	NAZWA DOKUMENTU	UWAGI
1	Świadectwo: ukończenia szkoły średniej / dojrzałości **	oryginał / odpis **
2	Życiorys	tak / nie **
3	Zdjęcia	sztuk: dwa

\* wypełnij pismem wyraźnym (najlepiej drukowanym) lub uzupełnij druk komputerowo

\*\* właściwe podkreślić

---

Odebrałem/am dokumenty:	Rezygnuję z nauki (powód)
..... ..... (Data i podpis osoby odbierającej dokumenty)	..... ..... (Data i podpis osoby odbierającej dokumenty)