

.....
Nazwisko i imię kandydata

.....
Drugie imię kandydata

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
NR PESEL

.....
Nazwisko i imiona rodziców

.....
Nr telefonu kontaktowego

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2018/2019 na pierwszy rok nauki na kierunku:

(proszę o wyraźne zaznaczenie krzyżykiem wybrany kierunek kształcenia)

- 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.



Dyrektor

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

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) |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH
/WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Medyczo-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Inowrocławiu moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla potrzeb rekrutacji oraz nauki w szkole zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., oraz, ustawie Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. - (Dz.U. z 2017 r., z późn. zm). Dane przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy prawnej do ich przetwarzania, Dane podaję dobrowolnie.

.....
Czytelny podpis

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania oraz, że mogę w dowolnym momencie wycofać tę zgodę. Wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

.....
Czytelny podpis

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne umieszczanie i rozpowszechnianie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, zarejestrowanych podczas kształcenia w Medyczo-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Inowrocławiu, w czasie uroczystości szkolnych, wycieczek, zajęć, spotkań edukacyjnych w środowisku lokalnym, konkursów, turniejów sportowych i innych uroczystości szkolnych w mediach: Internecie, prasie, telewizji, gablotach szkolnych, kronice szkolnej oraz w firmach współpracujących ze szkołą. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany w celu promocji i tworzenia historii szkoły. Wizerunek przetwarzany będzie do czasu istnienia podstawy do jego przetwarzania czyli w przypadku udzielenia zgody do momentu jej cofnięcia, ograniczenia.

.....
Czytelny podpis