

.....
Nazwisko i imię kandydata

.....
Drugie imię kandydata

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
NR PESEL

.....
Nazwisko i imiona rodziców

.....
Nr telefonu kontaktowego



Dyrektor

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

Upieramie proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2016/2017na kwalifikacyjny kurs zawodowy dla kwalifikacji:
(proszę o wyraźne zaznaczenie krzyżykiem wybraną kwalifikację)

- Opiekunka środowiskowa Z.05 (świadczenie usług opiekuńczych) – 341204 - forma zaoczna
 Opiekun medyczny Z.04 (świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej) – 532102 - forma zaoczna

Posiadam:

- dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe
 świadectwo uzyskania tytułu zawodowego:
 świadectwo czeladnicze lub dyplom mistrzowski:
 świadectwo ukończenia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
 świadectwo ukończenia liceum profilowanego
 świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie
 zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego
 zaświadczenie o ukończeniu kursu umiejętności zawodowych

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	Dyplom, Świadectwo, Zaświadczenie **	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)
..... <i>(Data i podpis osoby odbierającej dokumenty)</i> <i>(Data i podpis osoby odbierającej dokumenty)</i>