

.....  
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**

Upieram się o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2018/2019 na 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

---

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

**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