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

**w Inowrocławiu**

ul. G Narutowicza 53, 88-100 Inowrocław

tel.52 357-62-22 e-mail: poczta@medykino.com.pl

<https://medykino.com.pl>

Inowrocław, dn………........

**Dyrektor**

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

**Wniosek o przyjęcie do szkoły**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2024/2025 do Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Inowrocławiu na pierwszy rok nauki na kierunku:

Asystentka stomatologiczna – stacjonarna

Higienistka stomatologiczna – stacjonarna

Opiekun medyczny – forma kształcenia stacjonarna

Opiekunka dziecięca – forma kształcenia zaoczna

Technik elektroradiolog – forma kształcenia dzienna

Technik farmaceutyczny – forma kształcenia dzienna

Technik masażysta – forma kształcenia stacjonarna

Technik sterylizacji medycznej – forma kształcenia zaoczna

Technik usług kosmetycznych – forma kształcenia zaoczna

Terapeuta zajęciowy – forma kształcenia stacjonarna

Podolog – forma kształcenia stacjonarna

Dane identyfikacyjne, adresowe (proszę wypełnić PISMEM DRUKOWANYM )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Nazwisko rodowe:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Imię:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Drugie imię:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Data urodzenia:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Miejsce urodzenia:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **PESEL:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Imiona rodziców:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Adres zamieszkania**: | | | |
| **Ulica:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Nr domu/nr mieszkania:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Kod pocztowy:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Miejscowość**: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Telefon kontaktowy:** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **e-mail**: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

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

egzaminów zawodowych w warunkach dostosowanych do indywidualnych potrzeb.

Oświadczenie:

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U.z 2016r. poz.1943 ze zm.) w związku z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Przepisy wprowadzające Prawo Oświatowe (Dz.U. z 2017 r.poz.60) obejmującymi zasady rekrutacji do szkół.

……………………………………………

czytelny podpis kandydata

**Wykaz dokumentów załączonych do podania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA DOKUMENTU** | **UWAGI** |
| **1** | Świadectwo: ukończenia szkoły średniej / dojrzałości \*\* | oryginał / odpis \*\* |
| **2** | Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu | tak / nie \*\* |
| **3** | Zdjęcia | sztuk: ……. |

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

*\*\* właściwe podkreślić*

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Potwierdzenie zwrotu dokumentów:**  *.......................................................................*  *..................................................................*  *(Data i podpis osoby odbierającej dokumenty)* | **Potwierdzenie zwrotu dokumentów:**  .*...............................................................................*  *..............................................................................*  *(Data i podpis pracownika)* |

**Obowiązek informacyjny**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Inowrocławiu , ul. G. Narutowicza 53, 88-100 Inowrocław.
2. W Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego

w Inowrocławiu został powołany Inspektor Danych Osobowych

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia naboru do szkoły. Zgodnie z art.160 ust.1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U.z 2017 r., poz.59) dane kandydatów zgromadzone w celach postępowania rekrutacyjnego oraz dokumentacja postępowania rekrutacyjnego są przechowywane nie dłużej niż do końca okresu, w którym uczeń uczęszcza do danej szkoły publicznej. Z kolei dane osobowe kandydatów nieprzyjętych zgromadzone w celach postępowania rekrutacyjnego są przechowywane w publicznej szkole przez okres roku, chyba ,że na rozstrzygnięcie dyrektora została wniesiona skarga do sądu administracyjnego i postepowanie nie zostało zakończone prawomocnym wyrokiem.
2. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust.1lit.c ww. rozporządzenia.
3. Przetwarzanie danych osobowych w związku z przeprowadzeniem naboru do szkoły znajduje podstawę w przepisach ustawy Prawo Oświatowe. Osoba, której dane dotycz jest zobowiązana do podania tychże danych, gdy przystępuje do naboru.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

/WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Medyczno-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.

tak  nie ……………………………….

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.

tak  nie ……………………………….

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 Medyczno-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.

tak  nie ……………………………….

Czytelny podpis

|  |  |
| --- | --- |
| **Proszę podać źródło z jakiego dowiedział/a się Pan/i o naszej szkole:** | ogłoszenie w prasie  reklama w radiu  plakat na ulicy   * ulotka reklamowa gdzie   ulica  szkoła  kino  sklep, restauracja  inne……………………………………………………   * strona internetowa   [medykino.com.pl](http://www.medykino.com.pl)  [ino-online.pl](http://WWW.ino-online.pl)  [ki24.info](http://www.ki24.info)  inna………. .………………………………………….  poprzez znajomych, kolegów, rodzinę  poprzez wizytę przedstawiciela MSCKZiU w Pana/i  szkole  na Targach Edukacyjnych  na pokazach udzielania pierwszej pomocy  prowadzonych przez uczniów Centrum  inne…………………………………………………… |