**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do Medycznego Studium Zawodowego**

**im. Stanisławy Leszczyńskiej w Zamościu**

 kierunek: …………………………………………………………………………………

1. Nazwisko: …………………………………………..…………………………………………………….
2. Nazwisko rodowe (u mężatek): ………………….……………………………..………………
3. Imię/imiona: ………………………………………….……………………………………..………….
4. Data urodzenia: ………………………………………………….…………………………….………
5. Miejsce urodzenia: ………………………………………….…………………………..……………
6. Miejsce zamieszkania: …………………….…………………………………………..……………

(miejscowość)

Ulica: ………………………………………………. Nr domu/mieszkania:…….………………

Kod pocztowy: ……………..… Poczta: ………………………………………….………………...

Gmina: ……………..…………………..………….. Powiat:……..…..……………………..……….. Województwo: …….….……….……..……….…… Telefon: …..…..………………..….………

1. Imiona i nazwiska rodziców: ………………..………………………...………………………. Adres zamieszkania rodziców: ………………..……………………………………………… Numery telefonów rodziców: mama: .……..………..……….. tata:……….………………
2. Ukończona szkoła średnia: ……………………………………………….………………………

………………………………………………………………………………………………….……………..

 (rok ukończenia szkoły)

1. Seria i numer dowodu osobistego: ……………………….……………………………………

 **10**.Numer Ewidencyjny PESEL: …………………………………………………………………..…..

w przypadku braku numeru PESEL serię i numer paszportu lub innego dokumentu

potwierdzającego tożsamość

**11.**Jestem ubezpieczony/a w Narodowym Funduszu Zdrowia: TAK NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu dydaktyczno-wychowawczego MSZ w Zamościu (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 roku o ochronie danych osobowych Dz. U Nr 133 poz. 883).*

Zamość: ……………………………….. …………………………………………………

 (Podpis kandydata)