Data wpływu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DYREKTOR**

**Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego**

**im. Stanisławy Leszczyńskiej w Zamościu**

**ul. Partyzantów 20**

**22-400 Zamość**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego**

**im. Stanisławy Leszczyńskiej w Zamościu**

 Kierunek kształcenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tryb kształcenia:  |  | dzienny |  | stacjonarny |  | zaoczny |

**Dane osobowe kandydata:**

1.Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imiona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Data i miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

3. Adres zamieszkania kandydata: miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ulica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr domu\_\_\_\_\_\_\_\_ nr mieszkania\_\_\_\_\_\_\_\_

 kod pocztowy: \_\_\_\_\_\_\_\_ poczta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gmina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Imiona i nazwiska rodziców: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Ukończona szkoła średnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 rok ukończenia szkoły średniej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Załączniki:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej.
 |  |
|  |  |
| 1. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu.
 |  |
|  |
|  |  |
| 1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
 |  |
|  |
|  |  |
| 1. Orzeczenie wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną.
 |  |
|  |  |
| 1. Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata.
 |  |
|  |  |
| 1. Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad która kandydat sprawuje opiekę.
 |  |
|  |
|  |  |
| 1. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata.
 |  |

*Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość data podpis kandydata

***Informacja i dostęp do danych osobowych***

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 informuję, iż:
1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Policealna - Medyczne Studium Zawodowe im. Stanisławy Leszczyńskiej w Zamościu
2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych –**administracja@mszzamosc.pl* *3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu postępowania rekrutacyjnego do publicznych szkół na podstawie Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe(Dz.U. z 2017r. poz.59) Rozdział 6*

*4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą nie dłużej niż do końca okresu uczęszczania do szkoły, a w przypadku kandydatów nie przyjętych przez okres roku,
5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku.*

***Zgoda na przetwarzanie danych osobowych***

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji w Szkole Policealnej - Medycznym Studium Zawodowym im. Stanisławy Leszczyńskiej w Zamościu*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość data podpis kandydata