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*](mailto: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