

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: _____

