

Data wpływu _____

DYREKTOR

Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego im. Władysławy Szoc w Chełmie

WNIOSEK**Proszę o przyjęcie na kierunek kształcenia:**

(Tabela zawiera proponowane kierunki i formy kształcenia w roku szkolnym 2018/2019 - białe pola w poniżej tabeli. Należy dokonać wyboru kierunku kształcenia zaznaczając krzyżykiem "X" co najmniej jedno białe pole w kolumnach "Wybór podstawowy". Kandydaci, którzy dopuszczają możliwość nauki na innym kierunku zaznaczają dodatkowo pola dla kolumn Wybór dodatkowy 1 i 2. Uruchomienie wskazanego kierunku kształcenia jest uzależnione od liczby chętnych)

Kierunek kształcenia	Cykl kształcenia (lata)	Wybór podstawowy			Wybór dodatkowy 1			Wybór dodatkowy 2		
		Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne	Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne	Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne
Higienistka stomatologiczna	2									
Opiekunka dziecięca	2									
Opiekun medyczny	1									
Opiekun osoby starszej	2									
Technik dentystyczny	2,5									
Technik masażysta	2									
Technik usług kosmetycznych	2									
Technik sterylizacji medycznej	1									
Terapeuta zajęciowy	2									

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko _____ Imiona _____

2. Data urodzenie (dzień/miesiąc/rok) _____

3. Imiona rodziców: _____

4. Adres zamieszkania kandydata: kod _____, poczta _____, miejscowość _____

ulica _____, nr domu _____, nr mieszkania _____

województwo _____, nr telefonu _____, e-mail _____

5. Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(w przypadku braku numeru Pesel seria i nr dowodu osobistego/numer paszportu/innego dokumentu tożsamości: _____)

6. Nazwa ukończonej szkoły średniej _____
rok ukończenia szkoły średniej _____

Kryteria brane pod uwagę na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego w przypadku większej liczby kandydatów niż liczba wolnych miejsc.

Uwaga!. Proszę wypełnić tylko oświadczenia dotyczące kandydata

Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym wychowuje się ze mną
rodzeństwa pozostających na wspólnym utrzymaniu rodziców .

.....
miejscowość data podpis kandydata

Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad którą kandydat sprawuje opiekę.

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad
/podać stopień pokrewieństwa/

.....
miejscowość data podpis kandydata

Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata

Oświadczam, że samotnie wychowuję dziecko/dzieci
/podać liczbę dzieci/

.....
miejscowość data podpis kandydata