

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 2017/2018 - białe pola w poniżej tabeli. Należy dokonać wyboru zaznaczając krzyżykiem "X" co najmniej jedno pole w kolumnach "Wybór podstawowy". Uruchomienie wskazanego kierunku kształcenia jest uzależnione od liczby chętnych. Kandydaci, którzy dopuszczają możliwość nauki na innym kierunku zaznaczają dodatkowo pola dla kolumn Wybór dodatkowy 1 i 2.)

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
Asystentka stomatologiczna	1									
Technik sterylizacji medycznej	1									

**DANE OSOBOWE**

- Nazwisko \_\_\_\_\_ Imiona \_\_\_\_\_
- Nazwisko panieńskie \_\_\_\_\_
- Data i miejsce urodzenia (dzień/miesiąc/rok) \_\_\_\_\_  
 gmina \_\_\_\_\_, powiat \_\_\_\_\_, województwo \_\_\_\_\_
- Adres zamieszkania: kod \_\_\_\_\_, poczta \_\_\_\_\_, miejscowość \_\_\_\_\_  
 ulica \_\_\_\_\_, nr domu \_\_\_\_\_, nr mieszkania \_\_\_\_\_  
 województwo \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
 rodzaj miejscowości (zaznaczyć właściwe)  wieś,  miasto do 5 tys.,  miasto powyżej 5 tys.
- Pesel 

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

 Seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_  
 wydany przez \_\_\_\_\_  
 stan cywilny \_\_\_\_\_, narodowość \_\_\_\_\_, obywatelstwo \_\_\_\_\_
- Ojciec: Nazwisko \_\_\_\_\_, Imiona \_\_\_\_\_  
 tel.kontaktowy \_\_\_\_\_
- Matka: Nazwisko \_\_\_\_\_, Imiona \_\_\_\_\_  
 tel.kontaktowy \_\_\_\_\_

8. Opiekun prawny Nazwisko \_\_\_\_\_, Imiona \_\_\_\_\_  
tel.kontaktowy \_\_\_\_\_

9. Nazwa ukończonej szkoły średniej \_\_\_\_\_  
rok ukończenia szkoły średniej \_\_\_\_\_

## ZAŁĄCZNIKI

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej.
2. Trzy fotografie ( z imieniem i nazwiskiem na odwrocie ).
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata.
5. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.
6. Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad którą kandydat sprawuje opiekę.
7. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata.

### **Podstawa prawna:**

*Ustawa o systemie Oświaty z 7 września 1991r. z późn. zm. -Rozdział 2a: Przyjmowanie do publicznych przedszkoli innych form wychowania przedszkolnego, publicznych szkół i publicznych placówek.*

*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 lutego 2004r. w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do szkół publicznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (Dz. U.Nr 26, poz. 232 z późn. zmianami).*

*Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Władysławy Szoc w Chełmie (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami) Wyrażam zgodę na bezpłatne użycie i rozpowszechnianie mojego wizerunku na materiałach reklamujących szkołę.*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
miejscość data podpis kandydata

**Uwaga!. Proszę wypełnić tylko części dotyczące kandydata**

---

