



DATA WPŁYWU .....

NR KSIĘGI UCZNIÓW .....

NR LEGITYMACJI .....

## Szkoła Policealna – Medyczne Studium Zawodowe im. Władysława Szczęsnego w Chełmie

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Kierunek:.....

Tryb nauki.....

#### **KANDYDAT:**

1. Nazwisko: .....

2. Nazwisko rodowe .....

3. Imię: ..... Drugie imię .....

4. Data urodzenia: .....

5. Miejsce urodzenia: .....

6. PESEL: .....

7. Imiona rodziców:.....

8. Adres stałego zamieszkania:

Miejscowość: .....

Ulica, nr domu: .....

Kod pocztowy: .....

Powiat.....

Gmina .....

9. Seria i numer paszportu\*: .....

10. Nr telefonu:.....

11. Adres e-mail: .....

12. Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o naszej szkole? .....

.....

#### **ZAŁĄCZNIKI**

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej. ☐

2. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki zawodu. ☐

3. Dwie podpisane fotografie ☐

4. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☐

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

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis kandydata

\*w przypadku braku nr PESEL

Zgodnie z Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, w przypadku większej liczby kandydatów spełniających warunki niż liczba wolnych miejsc w szkole, na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego są brane pod uwagę łącznie następujące kryteria\*:

- wielodzietność rodziny kandydata
- niepełnosprawność kandydata
- niepełnosprawność dziecka kandydata
- niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę
- samotne wychowywanie dziecka przez kandydata

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny 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. Władysławy Szoc w Chełmie
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – [iod@medyki-chelm.pl](mailto:iod@medyki-chelm.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. Władysławy Szoc w Chełmie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis kandydata