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 2021/2022 - 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. Uruchomienie wskazanego kierunku kształcenia jest uzależnione od liczby chętnych)

Kierunek kształcenia	Cykl kształcenia (lata)	Wybór podstawowy			Wybór dodatkowy 1		
		Kształcenie dzienne	Kształcenie stacjonarne	Kształcenie zaoczne	Kształcenie dzienne	Kształcenie stacjonarne	Kształcenie zaoczne
Higienistka stomatologiczna	2						
Opiekunka dziecięca	2						
Opiekun medyczny	1,5						
Podolog	2						
Technik dentystyczny	2,5						
Technik elektroniki i informatyki medycznej	2						
Technik farmaceutyczny	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 numer innego dokumentu tożsamości:

   _____)

6. Nazwa ukończonej szkoły średniej _____

rok ukończenia szkoły średniej _____

ZAŁĄCZNIKI

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej. ☐
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy. ☐
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. ☐
4. Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata. ☐
5. Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad którą kandydat sprawuje opiekę. ☐
6. 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.Władysławy Szoc w Chełmie

2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – 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.

_____, _____r. _____

miejscowość data podpis kandydata

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.

Oświadcza, że sprawuję opiekę nad .....

/podać stopień pokrewieństwa/

..... ,....., ...

miejscowość data podpis kandydata

Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata

Oświadcza, że samotnie wychowuję dziecko/dzieci .....

/podać liczbę dzieci/

..... ,....., ...

miejscowość data podpis kandydata