

**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 2022/2023 - 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 w kolumnie Wybór dodatkowy. Uruchomienie wskazanego kierunku kształcenia jest uzależnione od liczby chętnych)

Kierunek kształcenia	Cykl kształcenia (lata)	Wybór podstawowy			Wybór dodatkowy		
		Kształcenie dzienne	Kształcenie stacjonarne	Kształcenie zaoczne	Kształcenie dzienne	Kształcenie stacjonarne	Kształcenie zaoczne
<b>Higienistka stomatologiczna</b>	2						
<b>Opiekunka dziecięca</b>	2						
<b>Opiekun medyczny</b>	1,5						
<b>Podolog</b>	2						
<b>Technik dentystyczny</b>	2,5						
<b>Technik farmaceutyczny</b>	2,5						
<b>Technik masażysta</b>	2						
<b>Technik usług kosmetycznych</b>	2						
<b>Technik sterylizacji medycznej</b>	1						
<b>Terapeuta zajęciowy</b>	2						

**DANE OSOBOWE**

1. Nazwisko \_\_\_\_\_ Imiona \_\_\_\_\_

2. Data urodzenie (dzień/miesiąc/rok) \_\_\_\_\_

3. Imiona rodziców: \_\_\_\_\_

4. Adres zamieszkania kandydata: kod \_\_\_\_\_, poczta \_\_\_\_\_,

miejscowość \_\_\_\_\_ gmina \_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_

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 .

....., .....  
miejsowość data podpis kandydata

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

---

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad .....  
*/podać stopień pokrewieństwa/*

....., .....  
miejsowość data podpis kandydata

Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata

---

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

....., .....  
miejsowość data podpis kandydata