

**MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NR 1**

**47-400 RACIBÓRZ UL. WARSZAWSKA 7** Tel./fax. 32/415-32-44

www.medykraciborz.com.pl ; e-mail: medyk.raciborz@interia.pl

Ul.Chudoby 10

44-100 GLIWICE

Tel.fax.032/231-22-55

www.spws-med.gliwice.pl

e-mail:stud\_med\_gliwice@op.pl

REGON: 000289727

NIP: 631-21-78-389



**WNIOSEK DO DYREKTORA**

**Proszę o przyjęcie mnie do Medycznej Szkoły Policealnej Województwa Śląskiego Nr 1 w Raciborzu, lokalizacja w Rybniku na kształcenie w roku szkolnym 2020/2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wybrany kierunek nauki** |  | Wybrane kierunki kształcenia – (proszę wstawić znak „x”) | | |
| **dzienny** | | **stacjonarny** | **zaoczny** |
| **TERAPIA ZAJĘCIOWA (2 lata)** |  | |  |  |
| **TECHNIK MASAŻYSTA (2 lata)** |  | |  |  |
| **TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH (2 lata)** |  | |  |  |
| **TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ (1 rok)** |  | |  |  |
| **OPIEKUN MEDYCZNY (1 rok)** |  | |  |  |
| **OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ (2 lata)** |  | |  |  |
| **TECHNIK FARMACEUTYCZNY (2,5 roku)** |  | |  |  |
| **OPIEKUNKA DZIECIĘCA (2 lata)** |  | |  |  |
| **ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (1 rok)** |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwisko:**   **Nazwisko panieńskie:** | **Imię ( imiona )** |

1. **Imiona rodziców**………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Data urodzenia**…………………………………………. **miejsce urodzenia**………………………………………………………………
3. **PESEL** ( w przypadku braku numeru PESEL prosze podać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z danymi zawartymi w dowodzie osobistym:**

seria i numer …………………………………… wydanym przez ………………………………………………………………………………

1. **Adres zamieszkania** (dokładny adres z kodem pocztowym ) .………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Adres do korespondencji (** wpisać w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Numer telefonu stacjonarnego** ……………………………., **komórkowego** ……………………………………………………
2. **E – mail** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Niniejszym w rozumieniu art.24. ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz.U. z 2015,poz. 2135) w przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym – **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CKZiUWŚ w Raciborzu** oraz organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi z zakresie związanym procesem kształcenia ( min. do celów edukacyjno – statystycznych oraz informacyjnych w tym nagrywanie na nośniki elektroniczne i fotografowanie )
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych i reklamowych drogą pocztową, elektroniczną, faksową, telefoniczną.
5. Wiarygodność danych wymienionych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 informuję, iż

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Raciborzu ul. Warszawska 7.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z rekrutacją i procesem kształcenia.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w trakcie rekrutacji, procesu kształcenia oraz okresu wynikającego z przepisów prawa dotyczącego archiwizacji.
4. Przysługuje Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie przenoszenia danych.
5. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z przebiegiem rekrutacji i procesu kształcenia.

…………………………………………………………………….

( data i podpis osoby składającej wniosek)

**Do wniosku dołączam dokumenty:**

1.świadectwo ukończenia szkoły średniej ( oryginał lub kserokopia poświadczona notarialnie)

2.3 zdjęcia ( wym 37 x52)