Potwierdzam odbiór świadectwa dojrzałości,
ukończenia szkoły średniej w oryginale

data i podpis .....

Województwo Śląskie

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Zabrzu
41-800 Zabrze ul.3 Maja 63 tel. 32 271 08 45 www.medykzabrze.pl

WNIOSEK DO DYREKTORA

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Zabrzu.
Proszę o przyjęcie mnie do:

Medycznej Szkoły Policealnej Województwa Śląskiego w Zabrzu

na kierunek .....

1. **Nazwisko** ..... **Imiona** .....
2. **PESEL** ..... **Nazwisko rodowe:** .....
3. **Imiona rodziców** ..... **Obywatelstwo** .....
4. **Data urodzenia** .....

   Miejsce urodzenia ..... województwo.....
6. **Adres zamieszkania**: miejscowość.....kod pocztowy.....

   ul. ..... nr. domu ...../.....województwo.....
7. **Nazwa ukończonej szkoły średniej**

   .....

   miejscowość ..... rok ukończenia .....
8. **Numer telefonu kontaktowego**....., rodzice, opiekun.....

   E-mail .....
9. **Skąd dowiedziałeś/łaś się o naszej szkole** .....

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Zabrzu, 41-800 Zabrze ul.3 Maja 63 tel. 32 271 08 45, adres strony internetowej: www.medykzabrze.pl**

2. Administrator wyznaczył osobę do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych. Inspektorem Ochrony Danych w placówce jest Paweł Gabriel, z którym mogą się Państwo skontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: **pawel@rodoplatforma.pl**

3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
   a. Rozporządzenie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane dalej RODO – Artykuł 6 ust. 1 lit. c);
   b. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji Dz.U. 2017 poz. 1646;
   c. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe.
4. Dane przetwarzane są w celu realizacji procesu rekrutacji, dokumentowania przebiegu nauki, realizacji obowiązków statutowych, statystycznych, archiwalnych oraz wykonywania czynności wynikających z przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do procesu rekrutacji.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

miejscowość, data i czytelny podpis

Do wniosku dołączam dokumenty:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał lub odpis potwierdzony notarialnie)
2. Zdjęcie legitymacyjne formatu 35x45 mm (opisane na odwrocie imieniem i nazwiskiem oraz skrótem wydziału)
3. Zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu, wydane zgodnie z przepisami w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich.
4. Skierowanie na badania lekarza medycyny pracy wydaje i opłaca szkoła.
5. Dodatkowe dokumenty

☐ Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata

☐ Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

Objaśnienia

☐ **x** zaznaczyć

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, W TYM WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

(imię i nazwisko)

W związku z nauką w Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Zabrzu wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie moich danych osobowych, w tym wizerunku i głosu przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Zabrzu, dla celów działań informacyjno–promocyjnych związanych z działalnością Centrum.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż dane osobowe, w tym fotografie i nagrania wykonane w trakcie zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej szkoły oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Niniejsza zgoda obejmuje wszystkie formy publikacji, w szczególności plakaty reklamowe, ulotki, drukowane materiały promocyjne, spoty telewizyjne, reklamę w gazetach i czasopismach oraz w Internecie itp.

Niniejsza zgoda nie jest ograniczona ani czasowo, ani terytorialnie.

Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

Zgoda może zostać cofnięta w każdej chwili w trakcie trwania nauki.
Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

miejscowość, data i czytelny podpis