**Policealna Szkoła Medyczna im. Hanny Chrzanowskiej**

**w Morawicy k. Kielc**

**WNIOSEK**

**o przyjęcie do szkoły**

**w zawodzie**

**ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**forma zaoczna – 1 rok nauki**

**KANDYDAT**

PESEL ……………………………………..

(w przypadku braku numeru PESEL seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Nazwisko** ………………………………………… **nazwisko rodowe**  ………………………………….

**Imiona** ……………………………………………………………………………………….....................

**Data i miejsce urodzenia** ……………………………………………………………………..............

**Województwo** ……………………………………………………………………………………........

**Imiona rodziców** : **Ojca** ……………………………………………………………..............................

**Matki** ………………………………………………………………..............................

**Miejsce zamieszkania: miejscowość** ………………………………………................................................

Ulica, nr domu, nr mieszkania …………………………………………………………………….................

Kod pocztowy …………………poczta ………………………...….powiat: …………………………........ gmina …………………............................

**Seria i nr dowodu osobistego \***......................................................................................................................

**Adres poczty elektronicznej (E-mail ) \* …**…………………………..........................................................

**Nr telefonu \* …………………………………..**

**Nr tel osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku\* …………………………**

**Ukończona szkoła średnia:** nazwa, miejscowość, rok ukończenia ………………………………………………………....................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................

Informację o tut. Szkole uzyskałem/am: ……………………………………………………………………………………………............................….....................................................................................................................................................................

**Informacje dodatkowe** /nieobowiązkowe/ - np. sytuacja zdrowotna, osiągnięcia, **/orzeczony stopień niepełnosprawności – tak, nie/**

**Czy występują w rodzinie (proszę podkreślić):**

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

\* Przekazanie przez Państwo danych osobowych może być dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie może być warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia przekazanej przez Państwo wniosku.   
W przypadku gdy podanie danych jest wymogiem ustawowym, brak danych może skutkować pozostawienie sprawy bez rozpoznania.

Stwierdzam zgodność powyższych danych:

.................................................................... …...…......................................................................

Data wpływu i podpis przyjmującego podpis czytelny kandydata

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Dopełniając obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Morawicy

ul. Kielecka 7, 26-026 Morawica

1. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Centrum Zabezpieczenia Informacji Sylwester Cieśla ul. Wapiennikowa 2 lok. 4,

25-112 Kielce, email.: iod@czi24.pl

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych w placówce:

- na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a), c) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, wykonując czynności zgodnie z udzielonymi przez Panią/Pana zgodami oraz wykonując czynności wymaganych obowiązującymi przepisami prawnymi i administracyjnymi, a także na podstawie art. 9 ust. 2 pkt a), b) wykonując czynności zgodnie z udzielonymi zgodami oraz niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora; /podane dane będą przetwarzane

1. Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane dopóki, dopóty nie zostanie zgłoszony sprzeciw wobec ich przetwarzania, a w razie zgłoszenia sprzeciwu - przez okres przedawnienia roszczeń, jakie mogą przysługiwać osobie, której dane dotyczą; dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami prawa i zobowiązań wynikających z zawartych umów
3. Rodzicom/uczniom/słuchaczom przysługuje prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
4. Rodzicom/ uczniom/ słuchaczom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

…………………………………… ………………………………

podpis podpis Administratora

**DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ**

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej kandydat został/nie został\* przyjęty na semestr pierwszy nauki ww. zawodu (oddziału) w Policealnej Szkole Medycznej im. Hanny Chrzanowskiej w Morawicy.

Morawica, dn.…........................................... …...….......................................................................................

podpis czytelny przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej

**DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ**

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej kandydat został/nie został\* przyjęty na semestr pierwszy nauki ww. zawodu (oddziału) w Policealnej Szkole Medycznej im. Hanny Chrzanowskiej w Morawicy.

Morawica, dn.…........................................... …...….......................................................................................

podpis czytelny przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej