



Data przyjęcia wniosku

Nr

DYREKTOR
Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego
im. Danuty Siedzikówny ps. „Inka” Białej Podlaskiej

WNIOSEK KANDYDATA O PRZYJĘCIE
NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY (KKZ) NA ROK SZKOLNY 2024/2025

*Proszę o przyjęcie mnie na **Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy** w zawodzie **Technik Usług Kosmetycznych** w zakresie kwalifikacji **FRK.04 Wykonywanie zabiegów kosmetycznych***

Tryb kształcenia:

dzienny

stacjonarny

zaoczny

Dane osobowe kandydata :

1.	Imię/Imiona i Nazwisko kandydata	
2.	Data i miejsce urodzenia (dzień/miesiąc/rok)	
3.	PESEL kandydata <small>(w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)</small>	
4.	Imiona rodziców/prawnych opiekunów kandydata niepełnoletniego	Imię ojca Imię matki
5.	Adres stałego zamieszkania	Kod pocztowy i poczta
		Miejsce zamieszkania
		Ulica
		Numer domu / numer mieszkania
		Gmina
		Powiat
	Województwo	
6.	Adres poczty elektronicznej	e - mail
7.	Numer telefonu	telefon do kontaktu

Dane osobowe rodziców/prawnych opiekunów kandydata niepełnoletniego

Imię i nazwisko ojca	Imię i nazwisko matki
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż kandydata)	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż kandydata)
Telefon do kontaktu	Telefon do kontaktu
e-mail:	e-mail:

Kształcenie w formach szkolnych ukończyłem/łam na etapie:

Szkoła podstawowa		Liceum ogólnokształcące/profilowane	
Gimnazjum		Technikum	
Zasadnicza szkoła zawodowa		Szkoła Policealna	
Branżowa szkoła I/II stopnia		Szkoła wyższa	

Pełna nazwa ukończonej szkoły:

Pełna nazwa ukończonej szkoły:	
Miejscowość:	Województwo:
Rok ukończenia:	Zawód (wypełnić tylko w przypadku ukończenia szkoły kształcącej w zawodzie):

KRYTERIA PRZYJĘĆ

ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE		proszę zaznaczyć X
1	Świadectwo ukończenia szkoły (<i>oryginał lub notarialnie poświadczona kopia lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez dyrektora szkoły, którą kandydat ukończył</i>)	
2	Zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy	

KRYTERIA PODSTAWOWE - kandydat pełnoletni		tak/nie
1	Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata (<i>troje lub więcej dzieci</i>)	
2	Oświadczenie o niepełnosprawności kandydata	
3	Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad którą kandydat sprawuje opiekę	
4	Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata	

KRYTERIA PODSTAWOWE - kandydat niepełnoletni		tak/nie
1	Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata (<i>troje lub więcej dzieci</i>)	
2	Oświadczenie o niepełnosprawności kandydata	
3	Oświadczenie o niepełnosprawności jednego z rodziców kandydata	
4	Oświadczenie o niepełnosprawności obojga rodziców kandydata	
5	Oświadczenie o niepełnosprawności rodzeństwa kandydata	
6	Oświadczenie o samotnym wychowywaniu kandydata w rodzinie	
7	Oświadczenie o objęciu kandydata pieczą zastępczą	

Oświadczenie kandydata

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym

miejsowość

data

czytelny podpis kandydata

czytelny podpis rodziców kandydata

Skąd Pan/i uzyskał/a informację o Kwalifikacyjnym Kursie Zawodowym: (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

ulotka, szkolny plakat lub baner informacyjny		od znajomych, absolwentów	
media społecznościowe np. Facebook, Instagram, itp.		w szkole, którą ukończyłam/-łem	
strona internetowa szkoły - https://studiummedycznebp.pl/		imprezy okolicznościowe, festyny itd. (stoisko szkolne)	
oferta w lokalnej prasie, telewizja, radio		inne (jakie?)	

Klauzula informacyjna

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:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Policealna - Medyczne Studium Zawodowe im. Danuty Siedzikówny ps. „Inka” w Białej Podlaskiej
- Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych p. Dariusz Nowak tel. 604292696, e-mail: info@dn.net.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu postępowania rekrutacyjnego na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy do publicznych szkół na podstawie Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. 2021 poz. 1082 z późn. zm.) Rozdział 6
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą nie dłużej niż do końca okresu uczęszczania na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy, a w przypadku kandydatów nie przyjętych przez okres roku,
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku.
- Szkoła objęta jest monitoringiem wizyjnym
- Dane osobowe słuchacza są wprowadzane i weryfikowane w Systemie Informacji Oświatowej oraz w przypadku wystąpienia niezgodności dane osobowe są weryfikowane we właściwym USC (art. 44 SIO)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy w Szkole Policealnej – Medycznym Studium Zawodowym w Białej Podlaskiej.

miejsowość

data

czytelny podpis kandydata

czytelny podpis rodziców kandydata

Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów złożonych w procesie rekrutacji:

miejsowość

data

czytelny podpis kandydata

czytelny podpis rodziców kandydata