

DYREKTOR
Medycznego Studium Zawodowego
im. Marii Minczewskiej w Białej Podlaskiej

WNIOSEK

O PRZYJĘCIE NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY

Zawód:

Nazwa Kwalifikacji:

Tryb kształcenia: **zaoczny** (zajęcia 2 dni w tygodniu).

DANE OSOBOWE KANDYDATA

1. Nazwisko..... Imiona
2. Nazwisko panięskie.....
3. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)..... miejsce urodzenia
4. PESEL: _____ seria i nr dowodu osobistego¹..... wydany przez.....
5. Tel. kontaktowy..... Adres poczty elektronicznej.....
6. Adres stałego zameldowania: kod poczta miejscowość.....
ulica nr domu nr mieszkania województwo, powiat.....
7. Adres stałego zamieszkania /jeżeli inny niż stałego zameldowania/: kod poczta.....
miejscowość.....ulica nr domu nr mieszkania
województwo powiat.....
8. Rodzaj miejscowości (zaznaczyć właściwe): miasto powyżej 5 tys. mieszkańców; miasto do 5 tys. mieszkańców; wieś
9. Narodowośćobywatelstwo
10. Imiona rodziców Nazwisko panięskie matki
11. Nazwiska i imiona prawnych opiekunów.....
12. Tel. kontaktowy (rodzic/opiekun).....
13. Kształcenie w formach szkolnych ukończyłem(łam) na etapie (pełna nazwa szkoły, rok ukończenia):.....
.....
14. Jestem / nie jestem ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia
15. Wyrażam / nie wyrażam* zgody na udzielanie moim rodzicom / prawnym opiekunom informacji dotyczących moich wyników w nauce oraz frekwencji na zajęciach.

Nauka w szkole jest bezpłatna jednakże koszt części materiałów potrzebnych w procesie kształcenia pokrywa uczeń.

- o Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Dyrektor Studium, do którego wniosek został złożony.
- o Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Marii Minczewskiej w Białej Podlaskiej (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami).
- o Wyrażam / nie wyrażam zgodę/-y* na bezpłatne użycie i rozpowszechnianie mojego wizerunku na materiałach reklamujących szkołę.
- o Wyrażam / nie wyrażam zgodę/-y* na przetwarzanie przez Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej danych osobowych dotyczących mojej osoby po zakończeniu szkoły, w celu realizacji procesu monitorowania kariery zawodowej oraz w celach archiwalnych i statystycznych.
- o Wyrażam / nie wyrażam zgodę/-y* na przekazywanie niezamówionych informacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności za pomocą udostępnionego przeze mnie adresu e-mail, (zgodnie z art. 10. Ustawy z dn. 18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).

_____ r.
miejscowość

_____ r.
data

_____ r.
czytelny podpis kandydata

¹ w przypadku braku PESEL serii i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

* niewłaściwe skreślić

ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE		X
1.	Świadectwo ukończenia ostatniego etapu nauki (<i>oryginał lub kserokopia notarialna</i>)	
2.	Kserokopię dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość kandydata ³	
3.	Kserokopia karty szczepień lub zaświadczenie potwierdzające szczepienie WZW typu B ²	
4.	Orzeczenie od lekarza medycyny pracy do celów sanitarno-epidemiologicznych ²	
5.	Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu	

² załącznik nieobowiązkowy w procesie rekrutacji, ale konieczny do podjęcia praktyki zawodowej

³ załącznik niespełniający kryteriów podstawowych, ale konieczny w procesie rekrutacji

Kryteria dodatkowe		TAK/NIE
1.	Brak kwalifikacji zawodowych	
2.	Wielodzietność rodziny kandydata (troje lub więcej dzieci)	
3.	Niepełnosprawność kandydata	
4.	Niepełnosprawność dziecka kandydata	
5.	Niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę	
6.	Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie / dziecka przez kandydata	

ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE		X
1.	Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata	
2.	Orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności kandydata	
3.	Orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności dziecka kandydata	
4.	Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka oraz nie wychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem.	
5.	Opinię wydaną przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, w tym publiczną poradnię specjalną w sprawie pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej.	
6.	Dokument poświadczający objęcie kandydata/dziecka pieczęcią zastępczą.	

Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów złożonych w procesie rekrutacji:

_____ , _____ r. _____
miejsowość *data* *czytelny podpis kandydata*