

## PODANIE

### do Zespołu Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku

Proszę o przyjęcie do Wojewódzkiej Szkoły Policealnej w systemie:

DZIENNYM	
STACJONARNYM	
ZAO CZNYM	

(wybór zaznacz krzyżykiem)

Wybrany kierunek kształcenia .....

#### I Dane kandydata (wypełnić drukowanymi literami)

1. Nazwisko i imiona .....

2. Nazwisko rodowe.....

3. Data i miejsce urodzenia .....

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Imiona rodziców .....

5. Adres zamieszkania .....

( ulica, nr domu/mieszkania kod pocztowy, poczta, gmina, powiat, województwo)

6. telefon ..... e-mail.....

#### II Do podania dołączam:

- oryginał świadectwa dojrzałości lub świadectwo ukończenia szkoły średniej,
- 3 zdjęcia podpisane na odwrocie,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia praktycznej nauki w wybranym zawodzie, Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość do wglądu.

.....  
data, podpis - imię i nazwisko

#### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE **wyrażam zgodę** na przetwarzanie niżej wymienionych moich danych osobowych.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku z siedzibą w przy ul. Piastowskiej 26, 48-200 Prudnik,
- Inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku jest Pani Jolanta Peska, e-mail [medyk@zskorczak-prudnik.pl](mailto:medyk@zskorczak-prudnik.pl), tel. 77-4362784,
- Dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem – **rekrutacja**,
- Dane będą udostępniane wyłącznie Zespołowi Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany JRWA Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,
- Pani /Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,
- Dane podaję dobrowolnie.

.....  
data, podpis - imię i nazwisko

**III. Postępowanie kwalifikacyjne** (wypełnia komisja kwalifikacyjna)

*Nazwisko i imię kandydata*

.....

1. Data postępowania kwalifikacyjnego .....

2. Dokumenty kandydata:

- oryginalne świadectwo ukończenia szkoły,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kształcenia w wybranym zawodzie,
- 3 fotografie,

**Na podstawie postępowania kwalifikacyjnego Szkolna Komisja Rekrutacyjno – Kwalifikacyjna proponuje ( przyjąć na I rok / nie przyjąć ) w zawodzie:**

.....  
.....  
.....

Członkowie Komisji  
Rekrutacyjno – Kwalifikacyjnej

Przewodnicząca Komisji  
Rekrutacyjno – Kwalifikacyjnej

.....  
.....  
.....

.....

**IV. Odbiór dokumentów:** /wypełnić w przypadku odbioru dokumentów/

Poświadczam odbiór kompletu dokumentów.

.....

data i podpis odbierającego