

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------|--|
| IMIONA KANDYDATA | | NAZWISKO KANDYDATA | |
| TEL. KOMÓRKOWY KANDYDATA | | ADRES E-MAIL KANDYDATA | |

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Proszę o przyjęcie mnie do **Publicznego Technikum w Zespole Szkół Medycznych w Prudniku**.

| | | | |
|-------|---|------------------|-----------------------|
| ZAWÓD | TECHNIK ORTOPEDA | NA PODBUDOWIE | SZKOŁY PODSTAWOWEJ |
| | TECHNIK MASAŻYSTA DLA NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH | | GIMNAZJUM |

(należy wstawić znak „X” w odpowiednią rubrykę)

DANE KANDYDATA

| | | | | |
|-------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|
| DATA URODZENIA | | MIEJSCE URODZENIA | | |
| | DD – MM - RRRR | | MIEJSCOWOŚĆ | WOJEWÓDZTWO |

| | |
|-------|--|
| PESEL | |
|-------|--|

| | | | | |
|----------------------------------|---------------|--|--------------|--|
| ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY | |
| | ULICA | | POCZTA | |
| | NR DOMU | | GMINA | |
| | NR MIESZKANIA | | POWIAT | |
| | | | WOJEWÓDZTWO | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------|---|
| IMIĘ I NAZWISKO MATKI | | TEL. KONTAKTOWY | |
| IMIĘ I NAZWISKO OJCA | | TEL. KONTAKTOWY | |
| IMIĘ I NAZWISKO PRAWNEGO OPIEKUNA | * | TEL. KONTAKTOWY | * |

* wypełnić, gdy opiekę nad dzieckiem sprawuje prawny opiekun

| | | |
|-------------|---------|-----|
| JĘZYKI OBCE | WIODĄCY | |
| | TAK | NIE |
| ANGIELSKI | | |
| NIEMIECKI | | |

(należy wstawić znak „X” w odpowiednią rubrykę)

| | | |
|--|-----|-----|
| Do podania załączam: | TAK | NIE |
| 2 zdjęcia legitymacyjne podpisane na odwrocie | | |
| świadczenie ukończenia 8-letniej szkoły podstawowej | | |
| świadczenie ukończenia gimnazjum | | |
| zaświadczenie o wynikach egzaminu ośmioklasisty | | |
| zaświadczenie o wynikach egzaminu gimnazjalnego | | |
| zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w określonym zawodzie | | |
| TYLKO TECHNIK MASAŻYSTA DLA NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH | | |
| orzeczenie o niepełnosprawności | | |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | |
| PODPIS KANDYDATA | |
| PODPIS RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA | |

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 oraz danych mojego dziecka**.

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, 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 rodzica lub opiekuna prawnego)

WYPEŁNIA SZKOLNA KOMISJA REKRUTACYJNO-KWALIFIKACYJNA

ZESTAWIENIE UZYSKANYCH PUNKTÓW

1. EGZAMIN ZEWNĘTRZNY

| EGZAMIN ÓSMOKLASISTY | | EGZAMIN GIMNAZJALNY | |
|----------------------|--|--------------------------------------|--|
| język polski | | język polski | |
| matematyka | | historia i wiedza o społeczeństwie | |
| język obcy nowożytny | | matematyka | |
| | | przedmioty przyrodnicze | |
| | | język obcy nowożytny (p. podstawowy) | |

RAZEM ZA EGZAMIN:

RAZEM ZA EGZAMIN:

| 2. ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA SZKOŁY PROGRAMOWO NIŻSZEJ | |
|--|--|
| Ocena z języka polskiego | |
| Ocena z matematyki | |
| Ocena z biologii | |
| Ocena z wiodącego języka obcego nowożytnego | |
| Szczególne osiągnięcia | |
| Świadectwo ukończenia szkoły z wyróżnieniem | |
| Aktywność społeczna | |
| RAZEM ZA ŚWIADECTWO: | |

| 3. PRZYJĘCIE DO SZKOŁY POZA USTALONYMI KRYTERIAMI | |
|---|--|
| | |
| ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW: | |

DECYZJA O PRZYJĘCIU DO SZKOŁY

Uczeń został przyjęty/nie przyjęty do szkoły i wpisany do księgi ucznia w dniu pod numerem.....

.....
(miejscowość i data)

(pieczęć szkoły)

.....
(przewodniczący)

ODBIÓR DOKUMENTÓW:

Potwierdzam odbiór dokumentów:
(data)

.....
(podpis ucznia/rodzica/opiekuna)