

WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO MEDYCZNO-SPOŁECZNEGO CENTRUM KSZTAŁCENIA
ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO W PRZEMYSŁU
w roku szk. 2018/2019

Nazwa szkoły	Zawód*)
Medyczna Szkoła Policealna im. Jadwigi Iżyckiej	Technik masażysta
	Technik usług kosmetycznych
Policealna Szkoła Medyczno-Społeczna dla Dorosłych	Asystentka stomatologiczna
	Terapeuta zajęciowy
	Opiekunka dziecięca
	Opiekun medyczny
	Opiekun w DPS
	Technik usług kosmetycznych
	Opiekunka środowiskowa
	Asystent osoby niepełnosprawnej
	Technik sterylizacji medycznej (od stycznia 2019)

*) właściwe zaznaczyć

W przypadku braku miejsc i /lub nieuruchomienia kształcenia w w/w zawodzie wybieram inny zawód	
---	--

DANE KANDYDATA

Imiona	Nazwisko
Adres zamieszkania	Dane pozostałe
ulica	Data urodzenia:
nr domu/mieszkania:	Miejsce urodzenia i województwo
powiat:	PESEL
gmina:	
województwo:	Obywatelstwo
Nr telefonu	

Nazwa ukończonej szkoły			
Miejscowość (dotyczy szkoły)		Rok ukończenia szkoły	

Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że podane w podaniu dane osobowe są zgodne z aktualnym stanem faktycznym (Kodeks karny art. 233. § 1)

.....
poświadczenie pracownika sekretariatu

.....
(data)

.....
(podpis kandydata)

Do wniosku o przyjęcie załączam:

1. oryginał lub odpis świadectwa ukończenia szkoły średniej
2. dwie fotografie (z imieniem i nazwiskiem na odwrocie)
3. zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu, zgodnie ze wzorem określonym przez rozporządzenie MZ z 26 sierpnia 2014r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, (Dz. U., z 2014 r., poz.1144 ze zm.), którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań.
4. W przypadku gdy osoba ubiegająca się o przyjęcie do szkoły nie jest obywatelem polskim składa dokumenty potwierdzające status cudzoziemca wraz z załącznikami przetłumaczonymi na język polski przez tłumacza przysięgłego.

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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana - danych osobowych jest Medyczo-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego z siedzibą w Przemyślu, tel: 16 678 39 55 mail: zsmcd@pro.onet.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w MSCKZiU w Przemyślu możliwy jest pod numerem tel. nr 16 676 39 03 lub adresem email: popowicz_zsmcd@onet.pl
3. Dane osobowe Pana/i/ ucznia/słuchacza będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.,c ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce.
4. Pana/Pani/ ucznia/słuchacza dane osobowe przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, zatwierdzonym przez Państwowe Archiwum w Przemyślu.
5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Uczniowi/słuchaczowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

.....
Podpis kandydata

.....
Podpis Administratora Danych Osobowych