

Warszawa, dnia .....

**DYREKTOR**

**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**

**ul. Grenadierów 30A**

**04-062 Warszawa**

Uprzejmie proszę o przyjęcie do Medycznej Szkoły Policealnej dla Dorosłych  
na semestr.....forma..... w zawodzie .....  
w roku szkolnym ...../.....

**DANE OSOBOWE KANDYDATA**

1. Nazwisko i imiona .....PESEL.....
2. Data i miejsce urodzenia .....  
województwo .....obywatelstwo.....
3. Adres do korespondencji .....  
województwo.....telefon .....  
adres stałego zameldowania .....
4. Imiona rodziców (prawnych opiekunów) .....
5. Ukończona szkoła średnia / rok.....
6. W razie nagłego wypadku powiadomić: imię i nazwisko .....  
tel.: .....

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) **wyrażam/ nie wyrażam** \* - zgody na przetwarzanie moich danych osobowych i wizerunku przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Warszawie w celu realizacji i dokumentowania działalności statutowej Szkoły oraz na ich zamieszczenie w publikacjach i na stronach internetowych Centrum.

\* - niepotrzebne skreślić

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego z siedzibą w Warszawie przy ul. Grenadierów 30A dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacyjnego, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)."

.....  
czytelny podpis kandydata