



WNIOSEK O PRZYJĘCIE

do **MEDYCZNEJ SZKOŁY POLICEALNEJ NR 4**
 im. prof. Edmunda Biernackiego w Warszawie
 tel. 228104617w.21 e-mail: sekretariat@ckziu.waw.pl strona internetowa: www.ckziu.waw.pl

na rok szkolny 2022/2023

| KIERUNEK KSZTAŁCENIA | OKRES NAUKI | Forma dzienna (3-5 dni w tyg.) | Forma stacjonarna /wieczorowa (3-4 dni w tyg.) | Forma zaoczna (sobota/niedziela co 2 tygodnie) |
|--|-------------|-----------------------------------|---|---|
| Opiekun medyczny | 1,5 roku | | | ----- |
| Opiekunka dziecięca | 2 lata | ----- | ----- | |
| Ortoptystka | 2 lata | | | ----- |
| Podolog | 2 lata | | | ----- |
| Protetyk słuchu | 2 lata | ----- | ----- | |
| Technik BHP ----- | 1,5 roku | ----- | ----- | ----- |
| Technik elektroradiolog | 2,5 roku | | | ----- |
| Technik elektroniki i informatyki medycznej -- | 2 lata | ----- | ----- | ----- |
| Technik masażysta | 2 lata | | | ----- |
| Technik sterylizacji medycznej | 1 rok | ----- | ----- | |
| Technik usług kosmetycznych | 2 lata | ----- | ----- | |
| Terapeuta zajęciowy | 2 lata | | | ----- |

Proszę wypełniać **CZYTELNIE I PISMEM DRUKOWANYM**

| Dane osobowe: | | | | | | | | | | |
|----------------|----|--|--|--|----|--|--|-------------------|--------------|----------------------------------|
| Pesel | | | | | | | | | | Inny dokument gdy brak nr pesel: |
| Nazwisko | | | | | | | | | Obywatelstwo | |
| Imię | 1. | | | | 2. | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | Miejsce urodzenia | | |

| Dane adresowe / kontaktowe: | | | |
|-------------------------------|--------|-------|--|
| Kod pocztowy / Miejscowość | | | |
| Ulica, Nr domu, lokal | | | |
| Województwo | Powiat | Gmina | |
| Telefon | | | |
| E-mail | | | |

| Ukończona szkoła średnia | |
|--------------------------|-------|
| Rok | Nazwa |

| W razie zdarzenia losowego powiadomić: | |
|--|-----------------|
| Nr telefonu | Imię i nazwisko |

Źródło informacji o szkole: internet – znajomi – reklama – inne.....
 (znaczyć właściwe lub podać inne – jakie?)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CKZiU, w związku z realizacją procesu rekrutacji, celów statutowych oraz prowadzenia dokumentacji szkolnej.
- wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez CKZiU w Warszawie do promowania działań związanych z realizacją celów statutowych.

Podanie danych jest dobrowolne.

Administratorem podanych danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Warszawie, zwanego dalej CKZiU. Inspektor ochrony danych – Michał Dydek e-mail: iod@ckziu.waw.pl

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia na podstawie art. 15-21 rozporządzenia.

Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Warszawa, dnia

.....
(podpis kandydata)

Wypełnia szkoła

Przyjęte dokumenty :

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Świadectwo ukończenia szkoły średniej – oryginał, odpis, duplikat, notarialna kopia |
| <input type="checkbox"/> | Aktualne fotografie legitymacyjne (30x42 mm) – podpisane |
| <input type="checkbox"/> | Zaświadczenie badania na nosicielstwo |
| <input type="checkbox"/> | Zaświadczenie o szczepieniu WZW typu B |
| <input type="checkbox"/> | Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy (skierowanie wydawane jest w sekretariacie szkoły) |
| <input type="checkbox"/> | Osoba niepełnosprawna – orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> | Inne – |

Potwierdzam przyjęcie dokumentów: data podpis.....

Potwierdzam odbiór dokumentów:

Warszawa, dnia

.....