

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

do **MEDYCZNEJ SZKOŁY POLICEALNEJ NR 4**

im. prof. Edmunda Biernackiego w Warszawie

[www.ckziu.waw.pl](http://www.ckziu.waw.pl) , e-mail: [sekretariat@ckziu.waw.pl](mailto:sekretariat@ckziu.waw.pl) , tel. 22 810 46 17

na rok szkolny 2023/2024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KIERUNEK KSZTAŁCENIA** | | **OKRES NAUKI** | **Forma dzienna**  1-5 dni w tyg. | | **Forma stacjonarna**  (3-4 dni w tyg. +sobota) | **Forma**  **zaoczna**  (co drugi weekend) |
| **rano** | **popołudniu** |
|  | Opiekun medyczny | 1,5 roku | ---------------- | ---------------- |  | ---------------------- |
|  | Ortoptystka | 2 lata |  |  | ------------------- | ---------------------- |
|  | Podolog | 2 lata |  |  |  | ---------------------- |
|  | Technik elektroradiolog | 2,5 roku |  |  | ------------------- | ---------------------- |
|  | Technik masażysta | 2 lata |  |  |  | ---------------------- |
|  | Terapeuta zajęciowy | 2 lata |  |  |  | ---------------------- |
|  | Opiekunka dziecięca | 2 lata | ------------------------------- | | ------------------- |  |
|  | Protetyk słuchu | 2 lata | ------------------------------- | | ------------------- |  |
|  | Technik sterylizacji medycznej | 1 rok | ------------------------------- | | ------------------- |  |
|  | Technik usług kosmetycznych | 2 lata | ------------------------------- | | ------------------- |  |

|  |
| --- |
| **X** – zaznacz kierunek i formę nauki |

Proszę wypełniać  **CZYTELNIE i PISMEM DRUKOWANYM**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **W razie zdarzenia losowego powiadomić:** ( opcjonalnie ) | |
| Nr telefonu | Imię  i nazwisko |

**Źródło informacji o szkole:** internet – znajomi – reklama – 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, jednak konieczne do wzięcia udziału w rekrutacji szkolnej.

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](mailto: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 **:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Świadectwo ukończenia szkoły średniej – oryginał, odpis, duplikat, notarialna kopia |
|  | Aktualne fotografie legitymacyjne (30x42 mm) – podpisane |
|  | Zaświadczenie badania na nosicielstwo |
|  | Zaświadczenie o szczepieniu WZW typu B |
|  | Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy (*skierowanie wydawane jest w sekretariacie szkoły*) |
|  | Osoba niepełnosprawna – aktualne orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności |
|  | Inne – ……………….…..……………………………………………………………………… |

*Potwierdzam przyjęcie dokumentów:* data ………………………….. podpis……………….……………………

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTÓW**:

Warszawa, dnia ....................................... ..........................................................