



WNIOSEK O PRZYJĘCIE

do **MEDYCZNEJ SZKOŁY POLICEALNEJ NR 4**
im. prof. Edmunda Biernackiego w Warszawie

www.ckziu.waw.pl, e-mail: sekretariat@ckziu.waw.pl, tel. 22 810 46 17

na rok szkolny **2023/2024**

Proszę **ZAZNACZYĆ WYBRANY KIERUNEK KSZTAŁCENIA**

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

Proszę **WYPEŁNIAĆ CZYTELNIEM 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

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"/> | Zaświadczenie o badaniu 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"/> | 2 Fotografie legitymacyjne (30x42 mm) – <i>podpisane</i> |
| <input type="checkbox"/> | Osoba niepełnosprawna – aktualne orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> | Inne – np. opinia z poradni psychologicznej |

Potwierdzam przyjęcie dokumentów: data podpis.....

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTÓW:

Warszawa, dnia

.....
(podpis osoby odbierającej)