

***Podanie***

**Szkolimy zawodowo!**

Olsztyn, dnia………………..…………………..

Szkoła Policealna w Olsztynie

*10-578 Olsztyn, ul. Mickiewicza 5*

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do Szkoły Policealnej na kierunek:

 Technik administracji  Opiekunka dziecięca

 Technik BHP  Opiekunka środowiskowa

 Technik usług kosmetycznych  Opiekun medyczny

 Asystent osoby niepełnosprawnej  Opiekun w domu pomocy społecznej

 Opiekun osoby starszej

na semestr…………………………….w roku szkolnym …………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Imię ( imiona) |  | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| 3. | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | |
| 4. | Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | |
| 5. | PESEL |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 6. | Adres zamieszkania: Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| Ulica i numer domu |  | | | | | | | | | | | |
| Kod i poczta |  | | | | | | | | | | | |
| Gmina/ Powiat |  | | | | | |  | | | | | |
| 7. | Telefon |  | | | | | | | | | | | |
| 8. | Adres elektroniczny (e-mail) |  | | | | | | | | | | | |
| 9. | Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) |  | | | | | | | | | | | |
| 10. | Język obcy do wyboru (niepotrzebne skreślić) | j. angielski / j. rosyjski | | | | | | | | | | | |
| 11. | W przypadku przyjścia na wyższy semestr nazwa oraz adres szkoły poprzedniej |  | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ”, w tym, że administratorem moich danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu wykonania zawartej ze mną umowy, przez okres jej obowiązywania, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

Wymagane dokumenty:

* oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej
* 2 zdjęcia legitymacyjne
* Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki

……………………………………………………………………………..

Podpis kandydata

SZKOŁY ZDZ W OLSZTYNIE



**tel.:** 89 523 72 64 **e-mail:** szkola@wmzdz.pl

**tel.:** 507 123 989 **www:** szkola.wmzdz.pl