

Lidzbark Warm.: dnia.....

**Dyrekcja**  
**Policealnej Szkoły dla Dorosłych**  
**Kier.: Technik BHP**  
**11-100 Lidzbark Warmiński**  
**ul. Orła Białego 7**

### PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie do Policealnej Szkoły dla Dorosłych na kierunek kształcenia: **Technik bezpieczeństwa i higieny pracy, symbol 325509, K1.Zarządzanie bezpieczeństwem w środowisku pracy (BPO.01.)**

na rok: ..... semestr ..... w roku szk. 2023-24.

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.

.....  
*Czytelny podpis Kandydata*

### DANE OSOBOWE KANDYDATA:

1.	Nazwisko i imię/imiona:	
2.	Data i miejsce urodzenia:	
3.	PESEL:	
4.	Adres zamieszkania:	
5.	Telefon Słuchacza	①
6.	Imiona rodziców (opiekunów)	
7.	Adres elektroniczny (E-mail)	
8.	Język obcy - wyuczony	

Wymagane dokumenty:

- Świadectwo ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (średniej)
- 2 fotografie

### DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:

**Pozytywna - negatywna**

Słuchacz/ka.....

Przyjęty/a do klasy....., sem. .... w zawodzie **Technik BHP** - w roku szk. 2023-2024

\_\_\_\_\_  
Data, podpis Dyrektora Szkoły

## Dodatkowe zgody na przetwarzanie danych osobowych

Abyśmy mogli kontaktować się z Tobą również po zrealizowaniu umowy, czy w innych celach, potrzebujemy od Ciebie odrębnej zgody. To Ty decydujesz, na co wyrażasz zgodę.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji marketingowych dotyczących usług świadczonych przez W-M ZDZ drogą telefoniczną.*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji marketingowych dotyczących usług świadczonych przez W-M ZDZ drogą elektroniczną (e-mail).*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji o zbliżającym się terminie utraty ważności certyfikatu/ uprawnienia, wraz z informacją o możliwości ich odnowienia.*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zebranych podczas realizacji usług w W-M ZDZ w celach archiwizacyjnych, dzięki czemu będę mógł uzyskać duplikaty dokumentów (zaświadczeń, uprawnień, itp.).*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na umieszczanie mojego wizerunku w mediach społecznościowych (np. firmowy fanpage), których administratorem jest Centrum Edukacji W-M ZDZ.*

TAK

NIE

Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Cię o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Jeśli nie odmawiasz podania tych informacji, zdecyduj czy godzisz się na przetwarzanie tych danych czy nie.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii (w tym dotyczących niepełnosprawności) przez W-M ZDZ w celu.....*

TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali moje dane należące do szczególnych kategorii

NIE

---

**Data i czytelny podpis Uczestnika**