Szczytno, dnia………………..………….

***Liceum Ogólnokształcące Dla Dorosłych w Szczytnie***

*12-100 Szczytno, ul. Chrobrego 4*

***Podanie o przyjęcie do szkoły***

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Liceom Ogólnokształcącego Dla Dorosłych w Szczytnie

prowadzonego przez Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie do:

klasy:………………………………… na semestr:……………………. w roku szkolnym:………………………………

Formularz Danych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane podstawowe** | 1 | Imię/imiona |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | PESEL |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Imiona rodziców | imię ojca: | | | | |  | | imię matki: | | | |  | | |
| **Dane kontaktowe** | 6 | Adres zamieszkania  ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod  gmina, powiat | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| ulica i numer domu: | | | | | | | | | | | | | |
| kod i poczta: | | | | | | | | | | | | | |
| gmina: | | | | | | | powiat: | | | | | | |
| 7 | Telefon |  | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Adres poczty elektronicznej |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe** | 9 | Nauka języka obcego |  | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Osoba z dysfunkcjami[[1]](#footnote-1) (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie) | □ TAK | | | | | | □ NIE | | | | | | | |

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

……………………………………………….

podpis przyjmującego dokumenty

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 celu rekrutacji do Szkoły i podpisania umowy o naukę oraz do celów związanych z nauką w szkole, w tym między innymi do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych przez uprawnione do tego instytucje. Dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, 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.

**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

***Ponieważ dane szczególnych kategorii chronione są szczególnie, musimy prosić Państwa o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Proszę zdecydować czy zgadzacie się na przetwarzanie tych danych czy nie.***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych należących do szczególnych kategorii   
(dotyczących dysfunkcji zdrowotnych) przez W-M ZDZ w celu realizacji nauki w szkole, w tym do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych.  
 □ TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***czytelny podpis Słuchacza***

Wypożyczam świadectwo szkolne do…………………………………………… ……………………………………………………..………

(data oddania) (czytelny podpis)

Kwituję odbiór złożonych przeze mnie dokumentów……………………… …..………………………………………………………

(data) (czytelny podpis)

1. Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole. Odmowa zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczna z brakiem możliwości nauki w Szkole. [↑](#footnote-ref-1)