Nidzica, dnia…………………………

**Szkoła Branżowa I Stopnia w Nidzicy**

13-100 Nidzica, ul. Barke 2

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do Szkoły Branżowej I Stopnia   
w Nidzicy, prowadzonej przez Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie do: klasy:……………………w roku szkolnym:…………………………w zawodzie:……………………………………………………………….

Formularz Danych Dziecka/Podopiecznego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane podstawowe** | 1 | Imię/imiona |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | PESEL |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6 | Imiona rodziców | imię ojca: | | | | | |  | imię matki: | | | | |  | |
| **Dane kontaktowe** | 7 | Adres zamieszkania  ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod  gmina, powiat | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| ulica i numer domu: | | | | | | | | | | | | | |
| kod i poczta: | | | | | | | | | | | | | |
| gmina: | | | | | | | powiat: | | | | | | |
| 8 | Telefon |  | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Adres poczty elektronicznej |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe** | 10 | Nauka języka obcego[[1]](#footnote-1)  (do wyboru) | * j. angielski | | | | * j. rosyjski | | | | | * j. niemiecki | | | | |
| 11 | Deklaracja udziału  w nieobowiązkowych zajęciach  (do wyboru) | * nie | | | | Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot:   * religia * etyka | | | | | | | | | |
| 12 | Osoba z dysfunkcjami[[2]](#footnote-2) (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie) | * tak | | | | * nie | | | | |  | | | | |

Formularz Danych Rodziców/Opiekunów prawnych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **L.p.** | **Dane Rodzica/Opiekuna prawnego** | |
| **Dane kontaktowe** | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Adres zamieszkania  ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod | miejscowość: |
| ulica i numer domu: |
| kod i poczta: |
| 4 | Telefon |  |
| 5 | Adres poczty elektronicznej |  |

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.

*Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ”, w tym, że administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/ podopiecznego, jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe oraz dane mojego dziecka/ podopiecznego 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.*

**Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana jako rodzica/opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego należących do szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.*

□ TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali dane mojego dziecka/podopiecznego należące do szczególnych kategorii

□ NIE

………………………………………… ….……………………………………….

Podpis dziecka/podopiecznego Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

1. W miarę możliwości Szkoła zapewni kontynuację nauki języka obcego. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)