



Nidzica, dnia.....

Technikum w Nidzicy

13-100 Nidzica, ul. Barke 2

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

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

Z oddziałem

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 (do wyboru)	☐ j. angielski ☐ j. niemiecki ☐ j. rosyjski
	11	Deklaracja udziału w nieobowiązkowych zajęciach (do wyboru)	☐ nie ☐ Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot: ☐ religia ☐ etyka
	12	Osoba z dysfunkcjami ² (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie)	☐ tak ☐ nie

¹ Wybież dwa języki obce.

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.

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