



Lidzbark Warm.; dnia.....

**Dyrekcja**  
**Szkoły Policealnej dla Dorosłych**  
**Kier. Opiekun medyczny**  
**11-100 Lidzbark Warmiński**  
**ul. Orła Białego 7**

### Podanie

Proszę o przyjęcie mnie na kierunek kształcenia: **Opiekun medyczny**, do klasy pierwszej semestr pierwszy 2023/2024.

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

Wymagane dokumenty:

- Świadectwo ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (średniej)
- 2 fotografie

### DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:

Pozytywna - negatywna

Słuchacz/ka.....

Przyjęty/a do klasy....., sem. .... OM - rok 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*

