



Szczytno, dnia.....

Branżowa Szkoła II Stopnia w Szczytnie

12-100 Szczytno, ul. Chrobrego 4

Podanie o przyjęcie do szkoły

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do Branżowej Szkoły II Stopnia na kierunek:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Technik usług fryzjerskich | <input type="checkbox"/> Technik pojazdów samochodowych |
| <input type="checkbox"/> Technik przemysłu drzewnego | <input type="checkbox"/> Technik technologii żywności |
| <input type="checkbox"/> Technik elektryk | <input type="checkbox"/> Technik usług kelnerskich |
| <input type="checkbox"/> Technik handlowiec | <input type="checkbox"/> Technik żywienia i usług gastronomicznych |
| <input type="checkbox"/> Technik mechanik | |

na semestr w roku szkolnym 2023/2024

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 (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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

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.



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

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wypożyczam świadectwo szkolne do.....
(data oddania) (czytelny podpis)

Kwituję odbiór złożonych przeze mnie dokumentów.....
(data) (czytelny podpis)