



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												
<b>Dane podstawowe</b>	1	Imię/imiona													
	2	Nazwisko													
	3	Data urodzenia													
	3	Miejsce urodzenia (miasto i województwo)													
	4	PESEL													
	5	Imiona rodziców	imię ojca:						imię matki:						
<b>Dane kontaktowe</b>	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														
<b>Informacje dodatkowe</b>	9	Nauka języka obcego													
	10	Osoba z dysfunkcjami <sup>1</sup> (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

<sup>1</sup> 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**

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

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