*Braniewo., dnia……………………….*

***Dyrekcja***

***Szkoły Policealnej w Braniewie***

***14-500 Braniewo***

***ul. Morska 7***

***Podanie***

*Proszę o przyjęcie mnie na kierunek kształcenia:* ***technik administracji****, kl................... semestr.................... w roku szkolnym 2024/2025*

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:**

DANE OSOBOWE KANDYDATA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwisko :** |  |
|  | **Imię (imiona)** |  |
|  | **Data i miejsce urodzenia:** |  |
|  | **PESEL:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Adres zamieszkania:** |  |
|  | **Telefon Słuchacza** |  |  |  |
|  | **Adres elektroniczny (E-mail)** |  |
|  | **W przypadku przyjścia na wyższy semestr nazwa oraz adres szkoły poprzedniej** |  |

Wymagane dokumenty:

1. Świadectwo ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (średniej) ****
2. 1 fotografie ****

 **DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:**

**Pozytywna - negatywna**

Słuchacz/ka…………………………………………….

Przyjęty/a do klasy…… ……..., sem. … ……... **TA** - rok szk. 2024-2025

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.............\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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***