

**Dyrektor**  
**Szkoły Policealnej w Lidzbarku Warmińskim**  
**Kier. Technik bezpieczeństwa i higieny pracy**  
**11-100 Lidzbark Warmiński**  
**ul. Orła Białego 7**

### **PODANIE o przyjęcie do szkoły**

Proszę o przyjęcie mnie na kierunek kształcenia: **Technik bezpieczeństwa i higieny pracy**, do klasy  
..... 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.

Lidzbark Warm., dnia.....

.....

*Czytelny podpis Kandydata*

DANE OSOBOWE KANDYDATA:	
1. <b>Nazwisko:</b>	
2. <b>Imię (imiona):</b>	
3. Data i <b>miejsce</b> urodzenia:	
4. PESEL:	
5. Adres zamieszkania:	
6. Telefon Słuchacza	①
7. Imiona rodziców (opiekunów)	
8. Adres elektroniczny (E-mail)	
9. Język obcy - wyuczony	

Wymagane dokumenty:

- Świadectwo ukończenia szkoły ponadpodstawowej/gimnazjalnej (średniej)
- Zaświadczenie lekarskie
- 2 fotografie

### **DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:**

**Pozytywna - negatywna**

Słuchacz/ka.....

Przyjęty/a do klasy....., sem. .... **BHP** - 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**