

Dyrektor
Szkoły Policealnej w Lidzbarku Warmińskim
Kier. Opiekun medyczny
11-100 Lidzbark Warmiński
ul. Orła Białego 7

PODANIE o przyjęcie do szkoły

Proszę o przyjęcie mnie na kierunek kształcenia: **Opiekun medyczny**, 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. Nazwisko:	
2. Imię (imiona):	
3. Data i miejsce 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. **OM** - 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