

.....
(lp. / rok – wpisuje szkoła)

.....
(data złożenia dokumentów
–wpisuje szkoła)

WNIOSEK

Dolnośląska Szkoła Policealna Medyczna
im. Marii Skłodowskiej – Curie we Wrocławiu
50-018 Wrocław, ul. Stawowa 24

Zawód:
(technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, asystentka
stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, opiekun medyczny)

Czy byłeś/-łaś już uczniem tego kierunku w naszej szkole TAK ☐ / NIE ☐

.....
(nazwisko i imię)

.....
(nr telefonu) (adres e-mail)

Dane osobowe:

Nazwisko:

Imię 1: Imię 2:

Nazwisko rodowe kandydatki (dot. kobiet):

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:Kraj urodzenia:

Numer ewidencyjny PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego/paszportu*:

***niepotrzebne skreślić**

Adres zamieszkania:

Województwo: Powiat:

Gmina: Miejscowość:

Ulica i numer domu:

Kod pocztowy i poczta:

Proszę zaznaczyć spełnione kryteria (jeżeli występują):

- a) wielodzietność rodziny kandydata,
- b) niepełnosprawność kandydata,
- c) niepełnosprawność dziecka kandydata,
- d) niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę,
- e) samotne wychowywanie dziecka przez kandydata.

Byłem/-łam szczepiony/-a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B:

TAK / NIE

(proszę zaznaczyć właściwe)

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi: TAK - proszę dołączyć stosowne poświadczenie; NIE – proszę pobrać ze szkoły skierowanie na obowiązkowe szczepienie.

Wyrażam zgodę na kontakt z osobą, którą należy zawiadomić w razie wystąpienia szczególnych okoliczności (np. w razie nagłych zachorowań lub wypadku):

1)

.....
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon)

2)

.....
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon)

***uzupełnić w przypadku kandydata niepełnoletniego**

Imię i nazwisko ojca*:

Imię i nazwisko matki*:

***uzupełnić w przypadku kandydata niepełnoletniego, jeśli adres zamieszkania rodziców jest inny niż adres kandydata**

Adres zamieszkania rodzica/rodziców*:

.....
(pełny adres zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

Do wniosku załączam:

1. Podanie o przyjęcie do szkoły,
2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał / odpis),
3. Podpisane jedno zdjęcie w formacie **.jpg** (musi mieć minimalną rozdzielczość **246px x 304px**), należy wysłać na e-mail: **sekretariat.stawowa@edu.dolnyslask.pl**
4. Klauzula informacyjna dla kandydata na słuchacza,
5. Zgoda na publikację wizerunku (opcjonalnie),
6. Dokumenty poświadczające spełnienie dodatkowych kryteriów (jeżeli występują),
7. Poświadczenie wykonania szczepienia przeciw WZW typu B (zaświadczenie / książeczka Zdrowia Dziecka) – w przypadku zaszczepienia się przed przystąpieniem do nauki,
8. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w określonym zawodzie,
9. Certyfikat znajomości języka polskiego – w przypadku cudzoziemców.

Niniejszym oświadczam, że świadomy/a odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej za podawanie niezgodnych z prawdą danych osobowych stwierdzam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych moich danych osobowych przez Dolnośląską Szkołę Policealną Medyczną im. Marii Skłodowskiej – Curie we Wrocławiu do celów naboru i nauki w Szkole.

.....
(podpis kandydata/opiekuna prawnego)