

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO MEDYCZNO-SPOŁECZNEGO ZESPOŁU SZKÓŁ POLICEALNYCH W CHOJNICACH

Na kierunek

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Pesel			
W przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Imię		Drugie Imię	
Nazwisko		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Narodowość		Obywatelstwo	
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr domu /mieszkania	
Kod Pocztowy		Poczta	
DANE KONTAKTOWE			
Telefon kontaktowy			
Adres e – mail			
Imię matki		Imię ojca	

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (właściwie zaznaczyć „x”)			
Stopień niepełnosprawności:	Lekki <input type="checkbox"/>	Umiarkowany <input type="checkbox"/>	Znaczny <input type="checkbox"/>
Rodzaj niepełnosprawności (kod)			
Wielodzietność rodziny kandydata	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Samotne wychowywanie dziecka przez kandydata	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>

PREFERENCJE (właściwie zaznaczyć „x”)		
Wybór języka	Angielski <input type="checkbox"/>	Niemiecki <input type="checkbox"/>
SYSTEM KSZTAŁCENIA		
Dzienny <input type="checkbox"/>	Wieczorowy <input type="checkbox"/>	Zaoczny <input type="checkbox"/>

Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole:

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że podane w niniejszym wniosku dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do wniosku dla potrzeb związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do szkoły, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2014, poz. 1182, z późn.zm.).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

DECYZJA

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej /Dyrektora Kandydat został / nie został * przyjęty na w/w kierunek.

Chojnice, data

.....
Podpis przewodniczącego K.R./ Dyrektora*

*Niepotrzebne skreślić