

Krotoszyn.....

.....
imię i nazwisko

.....
nr telefonu

.....
PESEL

.....
ulica

.....
miejscowość i kod pocztowy

**Dyrektor
Policealnej Szkoły Ochrony
Zdrowia „Eskulap” w Krotoszynie**

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do Policealnej Szkoły Ochrony Zdrowia „Eskulap” w Krotoszynie w zawodzie.....
w roku szkolnym 2026/2027.

.....
podpis

Załączniki do podania:

1. *Kwestionariusz osobowy z klauzulą informacyjną.*
2. *Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej (matura nie jest wymagana).*
3. *Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki w wybranym zawodzie.*
4. *1 zdjęcie legitymacyjne.*
5. *Dowód osobisty do wglądu.*

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
kandydata na słuchacza Policealnej Szkoły
Ochrony Zdrowia „Eskulap” w Krotoszynie

ZAWÓD:

Dwuletni:

- terapeuta zajęciowy
 ortoptystka

Dane personalne:

Nazwisko.....

Imiona.....

Nazwisko rodowe.....

Data urodzeniaMiejsce urodzenia.....

Województwo.....

Adres zamieszkania (do korespondencji):

ulnr domunr mieszkania.....

kod..... miejscowośćwoj.....

poczta..... gmina..... powiat.....

Adres zameldowania:

ulnr domunr mieszkania.....

kod..... miejscowośćwoj.....

poczta..... gmina..... powiat.....

Numer telefonu.....

Adres e mail.....

Seria i numer dowodu osobistego:wydany przez

Ukończyłem/am szkołę:rok.....

(nazwa Szkoły)

Rodzice / Opiekunowie:

Imię ojca

Imię matki.....

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE

Potwierdzam zgodność podanych przeze mnie danych:

Krotoszyn.....

Podpis.....

Potwierdzam odbiór dokumentów:

.....

.....

.....

Krotoszyn.....

Podpis.....

Klauzula obowiązku informacyjnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust.2 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, informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest **osoba prowadząca Policealną Szkołę Ochrony Zdrowia „Eskulap” w Krotoszynie ul. Mickiewicza 11**, tel. 668 129 574.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych. Adres do korespondencji z którym może się Pani/Pan skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Adres naszej siedziby: Policealna Szkoła Ochrony Zdrowia „Eskulap” w Krotoszynie ul. Mickiewicza 11.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie do potrzeb w/w Szkoły.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego Rozporządzenia ochrony danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w sposób zapewniający poufność, integralność oraz dostępność zgodnie z zobowiązującą ustawą z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią powyższej informacji, a dane zawarte w treści klauzuli są zrozumiałe.

.....

(DATA I PODPIS)

DECYZJA O PRZYJĘCIU DO SZKOŁY

Słuchacz został **przyjęty/nie przyjęty** do szkoły i wpisany do księgi słuchaczy w dniu
pod numerem

.....
(czytelny podpis dyrektora szkoły)