

Numer w KU

Numer Legitymacji.....



Dyrektor

Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego
im. Polskiego Czerwonego Krzyża w Puławach
ul. Adama Mickiewicza 29
24-100 Puławy

WNIOSEK O PRZYJĘCIE OSOBY MAŁOLETNIJ DO SZKOŁY NA ROK SZKOLNY 2026/2027

Kierunek kształcenia – prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI

--

Tryb kształcenia

☐

dzienny

☐

stacjonarny

☐

zaoczny

Kierunek drugiego wyboru

--

Tryb kształcenia

☐

dzienny

☐

stacjonarny

☐

zaoczny

Dane osobowe kandydata – prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI

1.	Imię/Imiona i Nazwisko kandydata										
2.	PESEL kandydata (w przypadku braku PESEL serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)										
3.	Data i miejsce urodzenia										
4.	Adres zamieszkania kandydata	Kod pocztowy i poczta									
		Miejsce zamieszkania									
		Ulica									
		Numer domu /numer mieszkania									
		Gmina									
		Powiat									
		Województwo									
5.	Numer telefonu kandydata	Telefon do kontaktu									
6.	Adres poczty elektronicznej	E-mail									
7.	Nazwa i rok ukończonej szkoły średniej										

Dane osobowe matki/opiekuna prawnego kandydata – prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI

1.	Imię/Imiona i Nazwisko		
2.	Stopień pokrewieństwa		
3.	Adres zamieszkania	Kod pocztowy i poczta	
		Miejsce zamieszkania	
		Ulica	
		Numer domu /numer mieszkania	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
5.	Numer telefonu	Telefon do kontaktu	
6.	Adres poczty elektronicznej	E-mail	

Dane osobowe ojca/opiekuna prawnego kandydata – prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI

1.	Imię/Imiona i Nazwisko		
2.	Stopień pokrewieństwa		
3.	Adres zamieszkania	Kod pocztowy i poczta	
		Miejsce zamieszkania	
		Ulica	
		Numer domu /numer mieszkania	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
5.	Numer telefonu	Telefon do kontaktu	
6.	Adres poczty elektronicznej	E-mail	

ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE:

1. świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał lub kopia poświadczona notarialnie)
2. zaświadczenie od lekarza medycyny pracy zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu (skierowanie wydaje szkoła)

Zgodnie z Ustawą z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe, w przypadku większej liczby kandydatów spełniających warunki niż liczba wolnych miejsc w szkole, na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego są brane pod uwagę łącznie następujące kryteria (* zaznaczyć odpowiednio **X**):

- ☐ wielodzietność rodziny kandydata
- ☐ niepełnosprawność kandydata
- ☐ niepełnosprawność dziecka kandydata
- ☐ niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę
- ☐ samotne wychowywanie dziecka przez kandydata

Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych kandydata

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

.....
/data/

.....
/czytelny podpis matki/opiekuna prawnego kandydata/

.....
/data/

.....
/czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego kandydata/

Klauzula informacyjna

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 informuję, iż:

1. administratorem danych osobowych jest Szkoła Policealna - Medyczne Studium Zawodowe im. PCK w Puławach
2. dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych p. Hubert Wasilek – tel. 690882711, e-mail: rodo271169@gmail.com
3. dane osobowe przetwarzane są w celu postępowania rekrutacyjnego do publicznych szkół na podstawie Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe, Rozdział 6
4. dane osobowe przechowywane będą nie dłużej niż do końca okresu uczęszczania do szkoły, a w przypadku kandydatów nie przyjętych przez okres roku,
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku.
8. szkoła objęta jest monitoringiem wizyjnym
9. dane osobowe słuchacza są wprowadzane i weryfikowane w Systemie Informacji Oświatowej oraz w przypadku wystąpienia niezgodności dane osobowe są weryfikowane we właściwym USC (art. 44 SIO)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i mojego dziecka/podopiecznego danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji w Szkole Policealnej - Medycznym Studium Zawodowym im. PCK w Puławach. **Zakres danych:** gromadzenie i wprowadzenie danych do odpowiednich zbiorów danych, dla zabezpieczenia prawidłowego toku realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych i organizacyjnych Szkoły wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe; wprowadzenie danych do odpowiednich systemów informatycznych, których celem jest przetwarzanie danych poza zbiorem; udostępnianie niezbędnych danych osobowych w celach związanych z realizacją celów i zadań statutowych szkoły oraz innych usprawiedliwionych działań związanych z jej promocją, również po ukończeniu nauki, wydawanych gazetkach, broszurach, folderach i na stronie internetowej szkoły; publikację zdjęć w dokumentach szkolnych, na stronie internetowej szkoły oraz stronie Facebook, Youtube, Instagram, utrwalenie wizerunku dziecka przez media na terenie placówki; weryfikację danych osobowych we właściwym USC w przypadku niezgodności wyników w procesie obowiązkowego wprowadzania danych słuchacza do SIO;

.....
/miejscowość/

.....
/data/

.....
/podpis matki/opiekuna prawnego/

.....
/miejscowość/

.....
/data/

.....
/podpis ojca/opiekuna prawnego/

Skąd Pan/Pani uzyskał/a informacje o szkole?

plakat ☐ ulotka ☐ strona internetowa ☐ Facebook/Instagram ☐ prasa/radio ☐
słuchacze/absolwenci ☐ inne – jakie? ☐

Pokwitowanie i odbiór dokumentów złożonych w procesie rekrutacji

.....
/data/

.....
/powód odbioru dokumentów/

.....
/czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego kandydata/