



**WNIOSEK KANDYDATA**

DO DYREKTORA POMORSKIEJ MEDYCZNEJ SZKOŁY POLICEALNEJ  
W SŁUPSKU ul. BAŁTYCKA 29, 76-200 SŁUPSK

**Proszę o przyjęcie mnie do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Słupsku na wybrany kierunek:**  
(proszę zaznaczyć „x”)

TECHNIK MASAŻYSTA		TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH	
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY		PODOLOG	
OPIEKUNKA DZIECIĘCA		ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA	
ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ		HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA	
OPIEKUN OSOBY STARSZEJ		TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ	
OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ		PROTETYK SŁUCHU	
OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA		TECHNIK ELEKTROLOG	
OPIEKUN MEDYCZNY			

**SYSTEM KSZTAŁCENIA-** (proszę zaznaczyć „x”)

FORMA DZIENNA		FORMA STACJONARNA (WIECZOROWA)		FORMA ZAOCZNA	
---------------	--	-----------------------------------	--	---------------	--

NAZWISKO																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIONA																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWISKO RODOWE /u mężatek/																				
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA			-			-					PESEL									
----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCE URODZENIA																				
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIONA RODZICÓW																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBYWATELSTWO																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY, MIEJSCOWOŚĆ I ROK																			
ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA (łącznie z kodem)																			

TELEFON																		e-mail		
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--

OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU	Imię i nazwisko, telefon																		
---	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczególny status kandydata (proszę zaznaczyć „x” jeśli występuje)

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KANDYDATA		WIELODZIETNOŚĆ RODZINY KANDYDATA		NIEPEŁNOSPRAW- NOŚĆ DZIECKA KANDYDATA		SAMOTNE WYCHOWYWANIE DZIECKA PRZEZ KANDYDATA		NIEPEŁNOSPRAW- NOŚĆ OSOBY NAD KTÓRĄ KANDYDAT SPRAWUJE OPIEKĘ	
--------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	TAK		NIE	
---------------------------------	-----	--	-----	--

### Oświadczenie dotyczące treści Wniosku

Zgodnie z art. 150 ustawy z dnia 4 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe ( Dz. U. 2023, poz. 900) oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego zeznania.

Ślupsk dnia .....20.....r. ....  
( czytelny podpis kandydata )

### Klauzula informacyjna dla kandydatów do szkoły:

Na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. 2019, poz. 1781) oraz zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest **POMORSKA MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA W Ślupsku ul. Bałtycka 29**
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@medyk.slupsk.pl.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ART. 136,149,150,160,164 UST. 3 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2023, poz. 900), na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c , g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) Dane osobowe uzyskane podczas postępowania rekrutacyjnego będą przechowywane nie dłużej niż do końca okresu, w którym uczeń uczęszcza do szkoły. Natomiast dane osobowe kandydatów nieprzyjętych są przechowywane przez rok.
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa bądź podmioty, z którymi Administrator współpracuje na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 6) Każdy kandydat posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania.
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uważa Pani/Pan, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora w sposób niezgodny z prawem.
- 8) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa.
- 9) Administrator nie będzie przetwarzał danych osobowych w sposób zautomatyzowany oraz dane nie będą podlegały profilowaniu. Ponadto Administrator nie zamierza przekazywać danych do państw trzecich bądź do organizacji międzynarodowych.

.....  
( czytelny podpis kandydata )

### Załączniki: ( proszę zaznaczyć )

Świadectwo ukończenia szkoły średniej	
2 fotografie podpisane na odwrocie	
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu	
Orzeczenie o niepełnosprawności ( jeśli dotyczy)	
Dokument potwierdzający szczególnie status kandydata( wielodzietność rodziny, niepełnosprawność dziecka kandydata, niepełnosprawność innej osoby nad którą kandydat sprawuje opiekę, samotne wychowywanie dziecka (jeśli dotyczy)	

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

.....  
.....  
.....

### UWAGA

Kandydatowi w terminie 7 dni od podania do wiadomości listy kandydatów przyjętych i nieprzyjętych, przysługuje możliwość złożenia wniosku do Komisji Rekrutacyjnej o uzasadnienie odmowy przyjęcia.