|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| IMIONA KANDYDATA |  | NAZWISKO KANDYDATA |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| TEL. KOMÓRKOWY KANDYDATA | ADRES E-MAIL KANDYDATA |

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY**

Proszę o przyjęcie mnie do **Publicznego Technikum** w Zespole Szkół Medycznych w Prudniku.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZAWÓD | **TECHNIK ORTOPEDA** |  |  | NA  PODBUDOWIE | **SZKOŁY PODSTAWOWEJ** |  |
| **TECHNIK MASAŻYSTA DLA NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH** |  |  |

(należy wstawić znak „X” w odpowiednią rubrykę)

**DANE KANDYDATA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA URODZENIA |  | MIEJSCE URODZENIA |  |  |
| DD – MM - RRRR | MIEJSCOWOŚĆ | WOJEWÓDZTWO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ZESPÓŁ SZKÓŁ MEDYCZNYCH IM. JANUSZA KORCZAKA W PRUDNIKU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA | MIEJSCOWOŚĆ |  | KOD POCZTOWY |  |
| ULICA |  | POCZTA |  |
| NR DOMU |  | GMINA |  |
| NR MIESZKANIA |  | POWIAT |  |
|  | | WOJEWÓDZTWO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO MATKI |  | TEL. KONTAKTOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OJCA |  | TEL. KONTAKTOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PRAWNEGO OPIEKUNA | \* | TEL. KONTAKTOWY | \* |

\* wypełnić, gdy opiekę nad dzieckiem sprawuje prawny opiekun

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JĘZYKI OBCE** | **WIODĄCY** | |
| **TAK** | **NIE** |
| ANGIELSKI |  |  |
| NIEMIECKI |  |  |

(należy wstawić znak „X” w odpowiednią rubrykę)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Do podania załączam:** | **TAK** | **NIE** |
| 2 zdjęcia legitymacyjne podpisane na odwrocie |  |  |
| świadectwo ukończenia 8-letniej szkoły podstawowej |  |  |
| zaświadczenie o wynikach egzaminu ośmioklasisty |  |  |
| zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w określonym zawodzie |  |  |
|  | | |
| **TYLKO TECHNIK MASAŻYSTA DLA NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH** | | |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego |  |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli zostało wydane) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ I DATA** |  |
| **PODPIS KANDYDATA** |  |
| **PODPIS RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA** |  |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie 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 **wyrażam zgodę** na przetwarzanie niżej wymienionych moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 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 przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych jest Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku z siedzibą w przy ul. Piastowskiej 26, 48-200 Prudnik,
* Inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku jest Pani Jolanta Peska, e-mail [medyk@zskorczak-prudnik.pl](mailto:medyk@zskorczak-prudnik.pl) , tel. 77-4362784,
* Dane będą przetwarzane wyłączenie zgodnie z określonym celem – rekrutacja,
* Dane będą udostępniane wyłącznie Zespołowi Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
* Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany JRWA Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
* Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
* Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
* Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy 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,
* Pani /Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,
* Dane podaję dobrowolnie.

……..…………..…….………........................................…………………….…

(data, podpis - imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego )

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA SZKOLNA KOMISJA REKRUTACYJNO-KWALIFIKACYJNA** |

Z E S T A W I E N I E U Z Y S K A N Y C H P U N K T Ó W

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **EGZAMIN ZEWNĘTRZNY** |  |
| **EGZAMIN ÓSMOKLASISTY** | |
| język polski |  |
| matematyka |  |
| język obcy nowożytny |  |
| **RAZEM ZA EGZAMIN:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **PRZYJĘCIE MDO SZKOŁY POZA USTALONYMI KRYTERIAMI** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ** |  |
| Ocena z języka polskiego |  |
| Ocena z matematyki |  |
| Ocena z biologii |  |
| Ocena z wiodącego języka obcego nowożytnego |  |
| Szczególne osiągnięcia |  |
| Świadectwo ukończenia szkoły  z wyróżnieniem |  |
| Aktywność społeczna |  |
| **RAZEM ZA ŚWIADECTWO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:** |  |

**DECYZJA O PRZYJĘCIU DO SZKOŁY**

Uczeń został przyjęty/nie przyjęty do szkoły i wpisany do księgi ucznia w dniu ……………………. pod numerem……………

…………………………………………………….. ………………………………………………………….

(miejscowość i data) (pieczęć szkoły) (przewodniczący)

**ODBIÓR DOKUMENTÓW:**

Potwierdzam odbiór dokumentów: ………………………………………….. ……………………………………………………………………

(data) (podpis ucznia/rodzica/opiekuna)