

**Dyrektor
Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej
w Sztumie**

Proszę o przyjęcie mnie do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Sztumie na kierunek (*właściwe podkreślić*):

- **ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** – forma zaoczna;
- **ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA** – forma stacjonarna;
- **HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA** – forma stacjonarna;
- **OPIEKUN MEDYCZNY** – forma stacjonarna;
- **OPIEKUNKA DZIECIĘCA** – forma zaoczna;
- **OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA** – forma zaoczna;
- **OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ** – forma zaoczna;
- **PODOLOG** - forma stacjonarna;
- **TECHNIK MASAŻYSTA** - forma dzienna / stacjonarna;
- **TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ** – forma zaoczna.
- **TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH** – forma zaoczna;
- **TERAPEUTA ZAJĘCIOWY** - forma dzienna / stacjonarna;

1. NAZWISKO:

IMIONA: 1. 2.

2. ADRES ZAMIESZKANIA: MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA: NR DOMU/LOKALU:

KOD POCZTOWY: POCZTA:

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

NR TELEFONU E-MAIL:

3. ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŻELI JEST INNY NIŻ WW.):

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA: NR DOMU/LOKALU:

KOD POCZTOWY: POCZTA:

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

4. DATA URODZENIA (dzień-miesiąc-rok)

MIEJSCE URODZENIA:

PESEL: OBYWATELSTWO:

5. IMIĘ OJCA: IMIĘ MATKI:

6. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ*

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (KOD):

7. OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU (IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, TELEFON)

.....

(data)

.....

(podpis kandydata)

UWAGA: podanie prosimy wypełnić czytelnym, drukowanym pismem.

Oświadczam, że:

Jestem zobowiązany przedłożyć lekarzowi medycyny pracy:

- zaświadczenie o szczepieniu na WZW TYPU B,
- wynik badania: badanie na obecność pałeczek salmonella i shigella,

.....

(data)

.....

(podpis kandydata)

SKĄD DOWIEDZIAŁAŚ/EŚ SIĘ O POMORSKIEJ MEDYCZNEJ SZKOLE POLICEALNEJ W SZTUMIE?

(właściwe zaznaczyć)

- z prasy od znajomych z portali społecznościowych np. facebook
- ze strony internetowej PMSP inne źródło, jakie?

ZAŁĄCZNIKI - wypełnia pracownik przyjmujący podanie (* właściwe zaznaczyć X):

- 2 ZDJĘCIA PODPISANE NA ODWROCIE *
- ORYGINAŁ ŚWIADECTWA UKOŃCZENIA SZKOŁY ŚREDNIEJ *
- ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI* - jeśli dotyczy *
- STOSOWNY DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY SZCZEGÓLNY STATUS (wielodzietność rodziny, niepełnosprawność dziecka kandydata, niepełnosprawność innej bliskiej osoby, nad którą kandydat sprawuje opiekę, samotne wychowywanie dziecka) – jeżeli dotyczy *
- TECZKA WIĄZANA PAPIEROWA *
- DOWÓD OSOBISTY (do wglądu) *

Przyjmuję do wiadomości, iż 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) dalej jako RODO:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Sztumie z siedzibą przy ul. Reja 12, 82-400 Sztum.
- 2) dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych wyznaczonego u Administratora, z którym mogę się kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw: e-mail: ido@medyk.sztum.pl oraz pisemnie na adres siedziby Administratora wskazanym w pkt. 1),
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia mnie do szkoły oraz realizacji zadań związanych z moją późniejszą edukacją w Pomorskiej Medycznej Szkole Policealnej w Sztumie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe oraz ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- 5) moje dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów prawa. W przypadku nieprzyjęcia mnie do szkoły, dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana przez okres 1 roku; w przypadku przyjęcia mnie do szkoły dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana nie dłużej niż do końca okresu kształcenia; 5 lat (dzienniki lekcyjne, dzienniczki praktyk) oraz 50 lat (arkusze ocen), a także gdy będzie miało to zastosowanie – do momentu odwołania mojej zgody.
- 6) odbiorcami moich danych mogą być: SIO, SIOEPKZ, Okręgowa Komisja Egzaminacyjna w Gdańsku, firmy pocztowe, placówka/lekarz medycyny pracy oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa;
- 7) posiadam prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (dotyczy cofnięcia zgody) lub ograniczenia przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale wymagane przez przepisy prawa. Odmowa podania danych będzie skutkować odrzuceniem mojego podania/wniosku.

.....

data i podpis kandydata