

**KWESTIONARIUSZ KANDYDATA
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE W ROKU SZKOLNYM 2017/2018 do
Policealnej Szkoły Medyczno-Społecznej dla Dorosłych w Jaśle**

Imię i nazwisko kandydata			
Adres zameldowania na pobyt stały		Adres zamieszkania – podać, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały	
miejsowość:		miejsowość:	
ulica:		ulica:	
nr domu/mieszkania:		nr domu/mieszkania:	
kod pocztowy, poczta:		kod pocztowy, poczta:	
powiat:		powiat:	
gmina:		gmina:	
województwo:		województwo:	
Nr tel. stacjonarnego:			
Nr tel. komórkowego:			
e-mail:			

Kształcenie w zawodzie	
W przypadku braku miejsc w w/w zawodzie wybieram	

Nazwa ukończonej szkoły			
Miejscowość (dotyczy szkoły)		Rok ukończenia szkoły	

Dane osobowe kandydata				
Imiona i nazwisko				
Nazwisko rodowe				
Data urodzenia: dzień		miesiąc		rok
Miejsce urodzenia			woj.	
Imiona i nazwiska rodziców				
PESEL				

*w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Będę wnioskował o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym po ukończeniu 26 lat życia TAK NIE Art. 66 ust. 1 pkt. 17 ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)

<p>..... (poświadczenie pracownika sekretariatu)</p>
--

POLICEALNA SZKOŁA MEDYCZNO-SPOŁECZNA DLA DOROSŁYCH w Jaśle

<input type="checkbox"/> Opiekun medyczny (zaoczny) od II 2018
<input type="checkbox"/> Technik usług kosmetycznych (zaoczny) od II 2018
<input type="checkbox"/> Protetyk słuchu (zaoczny) od II 2018

Wybieram język obcy (należy wybrać jeden)	Realizował/a przedmiot podstawy przedsiębiorczości
angielski <input type="checkbox"/> niemiecki <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Osiągnięcia kandydata:

Do podania dołączam:

Lp.	Spis dokumentów	Potwierdzenie złożenia
1.	Oryginał/odpis notarialny świadectwa dojrzałości lub świadectwo ukończenia szkoły średniej	
2.	3 zdjęcia o wymiarze 37 x 52 mm bez nakrycia głowy na jasnym tle (podpisane na odwrocie)	
3.	Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w wybranym zawodzie (Poradnia Medycyny Pracy)	

Oświadczenie kandydata:

- Jestem członkiem/posiadam rodzinę wielodzietną (3 i więcej dzieci)
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności dziecka
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności innej bliskiej osoby, nad którą sprawuję opiekę
- Samotnie wychowuję dziecko/dzieci

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.¹

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis kandydata)

¹ Zgodnie z Art. 150 ust. 6 ustawy Prawo Oświatowe, oświadczenia wymagane, jako potwierdzające spełniania przez kandydata kryteriów rekrutacyjnych składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający jest zobowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Pouczenie

1. Podane w kwestionariuszu dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora Danych - Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle, z siedzibą przy ul. Tadeusza Sroczyńskiego 2, 38-200 Jasło, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w związku z postępowaniem rekrutacyjnym i kształceniem w Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle.
2. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa jest równoznaczna z brakiem możliwości rekrutacji

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez - Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i kształcenia w Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, kierunek kształcenia, semestr nauki) oraz na wykorzystanie mojego wizerunku na potrzeby informacyjne i promocyjne na stronie internetowej Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle www.mspjaslo.pl oraz na stronie BIP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922)
2. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. nr 90 poz. 631 z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)