

**KWESTIONARIUSZ KANDYDATA
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE W ROKU SZKOLNYM 2017/2018 do
Podkarpackiego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego 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>
--

PODKARPACKIE CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
I USTAWICZNEGO w Jaśle

KURSY PŁATNE
<input type="checkbox"/> 1. Pierwsza pomoc
<input type="checkbox"/> 2. Kurs pierwszej pomocy dla rodziców/osób zajmujących się dziećmi
<input type="checkbox"/> 3. Opieka nad chorym unieruchomionym w łóżku
<input type="checkbox"/> 4. Język migowy
<input type="checkbox"/> 5. Kurs języka migowego dla personelu medycznego
<input type="checkbox"/> 6. Język angielski przydatny do pracy w restauracji/pubie - poziom podstawowy
<input type="checkbox"/> 7. Język angielski przydatny do pracy w hotelu - poziom podstawowy
<input type="checkbox"/> 8. Język angielski w opiece nad osobą starszą i niepełną - poziom podstawowy
<input type="checkbox"/> 9. Aktywizacja zawodowa - podjęcie działalności gospodarczej
<input type="checkbox"/> 10. Kulturowanie tradycji - warsztaty
<input type="checkbox"/> 11. Decoupage - warsztaty
<input type="checkbox"/> 12. Handmade - czyli wszystko z niczego
<input type="checkbox"/> 13. Kurs taneczny
<input type="checkbox"/> 14. Zwalczanie otyłości i zdrowy styl życia
<input type="checkbox"/> 15. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (rozwój psychoruchowy)
<input type="checkbox"/> 16. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (pierwsza pomoc)
<input type="checkbox"/> 17. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (pielęgnacja i żywienie)

<input type="checkbox"/> 18. Manicure tradycyjny
<input type="checkbox"/> 19. Manicure hybrydowy
<input type="checkbox"/> 20. Manicure japoński
<input type="checkbox"/> 21. Manicure biologiczny
<input type="checkbox"/> 22. Pielęgnacja dłoni - masaż dłoni, zabieg parafinowania dłoni
<input type="checkbox"/> 23. Masaż w odnowie biologicznej i SPA
<input type="checkbox"/> 24. Warsztaty artystyczne

Osiągnięcia kandydata:

Do podania dołączam:

Lp.	Spis dokumentów	Potwierdzenie złożenia
1.	Oryginał/odpis notarialny posiadanego świadectwa ukończenia szkoły	
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)