**KWESTIONARIUSZ KANDYDATA
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE W ROKU SZKOLNYM 2021/2022**

**do**

**Medycznej Szkoły Policealnej im. prof. Rudolfa Weigla W Jaśle**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko kandydata |  |
| Adres zameldowania na pobyt stały | Adres zamieszkania – podać, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały |
| miejscowość: |       | miejscowość: |       |
| 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 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.) |

|  |
| --- |
| ......................................................(poświadczenie pracownika sekretariatu) |

**PODKARPACKIE CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO w Jaśle**

|  |
| --- |
|  KURSY PŁATNE |
| [ ]  1. **Sekretarka medyczna** |
| [ ]  2. **Kurs pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu** |
| [ ]  3. Pierwsza pomoc |
| [ ]  4. Kurs pierwszej pomocy dla rodziców/osób zajmujących się dziećmi |
| [ ]  5. Opieka nad chorym unieruchomionym w łóżku |
| [ ]  6. Język migowy |
| [ ]  7. Kurs języka migowego dla personelu medycznego |
| [ ]  8. Język angielski przydatny do pracy w restauracji/pubie - poziom podstawowy |
| [ ]  9. Język angielski przydatny do pracy w hotelu - poziom podstawowy |
| [ ]  10. Język angielski w opiece nad osobą starszą i niedołężną - poziom podstawowy  |
| [ ]  11. Aktywizacja zawodowa - podjęcie działalności gospodarczej |
| [ ]  12. Kultywowanie tradycji – warsztaty |
| [ ]  13. Decoupage – warsztaty |
| [ ]  14. Handmade - czyli wszystko z niczego |
| [ ]  15. Kurs taneczny |
| [ ]  16. Zwalczanie otyłości i zdrowy styl życia |
| [ ]  17. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (rozwój psychoruchowy) |
| [ ]  18. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (pierwsza pomoc) |
| [ ]  19. Wspomaganie rozwoju dziecka do 1 roku życia (pielęgnacja i żywienie) |
| [ ]  20. Manicure tradycyjny |
| [ ]  21. Manicure hybrydowy |
| [ ]  22. Manicure japoński |
| [ ]  23. Manicure biologiczny |
| [ ]  24. Pielęgnacja dłoni - masaż dłoni, zabieg parafinowania dłoni |
| [ ]  25. Masaż w odnowie biologicznej i SPA |
| [ ]  26. Warsztaty artystyczne |
| [ ]  27. Język niemiecki w zawodach medycznych |

**świadczenie 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]](#footnote-1)

……………………………………. ……………………………………

 (miejsce, data) (podpis kandydata)

 **Klauzula informacyjna dla kandydata**

 Zgodnie z 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle z siedzibą przy ul. Tadeusza Sroczyńskiego 2,
38-200 Jasło , tel.: 13 446 82 49, e-mail: zsmjaslo@post.pl.

2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle, z którym można się kontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Tadeusza Sroczyńskiego 2, 38-200 Jasło, pod numerem tel. nr. 13 446 85 71 lub po przez adres e-mail ido@mspjaslo2.nazwa.pl.

3. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit., c ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych
w Ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 996 z późn. zm.) związanych z rekrutacją do szkoły policealnej.

4. Pana/Pani dane osobowe związane z rekrutacja do szkoły policealnej przechowywane będą przez okres określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Rzeszowie , czyli 5 lat.

5. Posiada Pana/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 996 z późn. zm.). Nie podanie danych osobowych skutkować będzie brakiem możliwości przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego.

Jasło ,………………………. 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. [↑](#footnote-ref-1)