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

**do**

**Medyczno-Społecznego 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 | | | |
| 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)