

**Medyczna Szkoła Policealna**

ul. Jana Pawła II 39

05-807 Podkowa Leśna

**WYPEŁNIA SEKRETARIAT**

- Świadectwo
- Ksero dowodu osob.
- Zaświadczenie lekarskie
- 2 zdjęcia

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

ROK SZKOLNY 20...../20.....

WYBRANY KIERUNEK:.....

GRUPA: dopołudniowa/popołudniowa/weekendowa\*

Miejsce

1. Nazwisko: .....

na

2. Imię/imiona: .....

fotografię

3. Data urodzenia: .....

miejsce urodzenia ..... woj. ....

4. Imiona rodziców .....

5. Adres stałego zameldowania: .....

.....wieś / miasto \*

6. Adres korespondencyjny: .....

.....

7. Telefon kontaktowy: ..... e-mail: .....

8. Obywatelstwo: .....

9. Numer PESEL: .....

9. Ukończyłem/am szkołę średnią: nazwa szkoły .....

nr dokumentu ..... miejscowość ..... rok ukończenia .....

**Oświadczenia:**

1. Zgadzam się na poniesienie opłaty egzaminacyjnej przed podejściem do egzaminu kwalifikacji zawodowych w IV semestrze nauki, w wysokości 400 zł.

2. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MSP danych osobowych zawartych w moim formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb procesu dydaktycznego.

..... dnia .....

/miejscowość/

.....

/ podpis kandydata /

\*niewłaściwe skreślić