

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: dzienna/weekendowa*

1. Nazwisko: Miejsce
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