**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do Medycznej Szkoły Policealnej w Mińsku Mazowieckim**

DANE DOTYCZĄCE REKRUTACJI

Proszę o przyjęcie mnie na **Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy** w systemie zaocznym

* Zawód: **Technik usług kosmetycznych** – 2 lata
* Zawód: **Opiekunka dziecięca** – 2 lata

Dane kandydata

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwisko** | **imiona** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **nazwisko rodowe** |
|  |

|  |
| --- |
|  **data i miejsce urodzenia** |
| dzień | m-c | rok | miejscowość | województwo |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer ewidencyjny PESEL** | **numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem, jeżeli brak numeru PESEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **adres zamieszkania** |
| kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ | poczta | miejscowość | ulica | nr domu/lokalu |
| gmina | powiat | województwo | nr telefonu oraz adres e-mail |

|  |
| --- |
|  **adres do korespondencji ( jeżeli jest inny niż zamieszkania)** |
| kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ | poczta | Miejscowość | ulica | nr domu |
| województwo | nr telefonu oraz adres e-mail |

**miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  miasto poniżej 5 tys. Mieszkańców  wieś **

|  |
| --- |
| **rodzice/prawni opiekunowie** |
| imię ojca / opiekuna prawnego\* | imię matki / opiekuna prawnego\* |

|  |
| --- |
| **w razie zdarzenia losowego powiadomić:** |
| imię i nazwisko | adres | numer telefonu |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ukończona szkoła** /nazwa, miejscowość/ | **rok ukończenia szkoły**  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **oświadczam, że:**  | **przedkładam dokumenty potwierdzające\*:** | zaznaczyć **x** |
| 1. | jestem osobą niepełnosprawną  | orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| 2. | opiekuję się niepełnosprawną osobą, nad którą sprawuje opiekę | orzeczenie o niepełnosprawności i sprawowaniu opieki |  |
| 3. | żyję w rodzinie wielodzietnej  | (co najmniej trójka dzieci ) – oświadczenie zał. nr1  |  |
| 4. | wychowuję niepełnosprawne dziecko  | orzeczenie o niepełnosprawności i pokrewieństwie |  |
| 5. | samotnie wychowuję dziecko | prawomocny wyrok sądu i oświadczenie |  |
| 6. | jestem/byłem aktywny społecznie i/lub wolontariuszem | oświadczenie zał. nr 1 |  |

|  |
| --- |
| **IFORMACJE I OŚWIADCZENIA KANDYDATA** |
| **Informacja o przetwarzaniu danych dla kandydatów:**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):*1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Zespołu Medyczno-Społecznych Szkół Policealnych w Mińsku Mazowieckim** z siedzibą **05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. 1 PLM Warszawa 1** tel.: **25 7585485** , mail: **sekretariat@mspmm.edu.pl**
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Zespole **Medyczno-Społecznych Szkół Policealnych w Mińsku Mazowieckim** możliwy jest pod adresem email: **z.krajewski@ckziu.siedlce.pl**.
3. Dane osobowe Pani/Pana będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, cogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych, ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe wraz z aktami wykonawczymi.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, na mocy umów lub dobrowolnej zgody.
5. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane zgodnie z obowiązującym prawem.
6. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Mińsk Mazowiecki, dnia .......................................... r. .............................................................. *(czytelny podpis kandydata)*  **Oświadczenie dot. publikacji wizerunku i ofert handlowych**Zgodnie z zapisami Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz. U. z 2006 r., Nr 90, poz. 631 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie, przetwarzanie i wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęć, filmów oraz nagrań dźwiękowych wykonanych podczas kształcenia w Zespole Medyczno-Społecznych Szkół Policealnych w Mińsku Mazowieckim, w ramach uczestnictwa w zajęciach edukacyjno-wychowawczych. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na wykorzystanie ww. danych osobowych przez Zespół Medyczno-Społecznych Szkół Policealnych w Mińsku Mazowieckim, dla celów marketingowych i promocyjnych szkoły. Miejscami publikacji będą m.in. oficjalna strona internetowa ZMSSP w Mińsku Mazowieckim, oficjalny profil szkoły na portalu społecznościowym (np. Facebook) prowadzony przez ZMSSP w Mińsku Mazowieckim, materiały reklamowe w formie elektronicznej (np. publikacje, newslettery, reklamy) i fizycznej (np. ulotki, bannery, publikacje) oraz w innych mediach promujących szkołę. Mińsk Mazowiecki, dnia .......................................... r. .............................................................. *(czytelny podpis kandydata)*  **Oświadczenie o realizacji kursu**1. Wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych oraz podanie moich danych osobowych na listach przyjętych kandydatów do szkoły.
3. Niezwłocznie powiadomię dyrektora szkoły o zmianie danych zawartych we wniosku.
4. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowany o czasie trwania kwalifikacyjnego kursu zawodowego i planowanym terminie egzaminu zawodowego.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyjęcie do szkoły dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu dydaktyczno-wychowawczego ( zgodnie z Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r)

Mińsk Mazowiecki, dnia .......................................... r. .............................................................. *(czytelny podpis kandydata)*  Wyrażam dobrowolną zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail i/lub telefon informacji handlowej w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną od Zespołu Medyczno-Społecznych Szkół Policealnych w Mińsku Mazowieckim:□ - **oferty na email na wskazany w podaniu email \*)**□ **- oferty/informacje na sms na wskazany w podaniu numer telefonu \*)**Mińsk Mazowiecki, dnia .......................................... r. .............................................................. *(czytelny podpis kandydata)*   |

**Źródło informacji o szkole: Internet, reklama, znajomi, inne.**

 Proszę podkreślić właściwe lub podać inne – jakie? ………………………………………………………………………………………………………………….

Do wniosku dołączam:

1. 1 aktualną fotografię legitymacyjną

2. Świadectwo ukończenia szkoły w oryginale (lub duplikat)

3. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy

4. Inne (jakie)\* …………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczenia składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Kserokopie orzeczeń i dokumentów sadowych poświadcza za zgodność z oryginałem kandydat, oryginały do wglądu w sekretariacie.

(Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1) dostępny na stronie szkoły oraz w sekretariacie.

*wypełnia szkoła*

**Potwierdzam przyjęcie dokumentów** …….……………….. ……………………………..……..

 *(data) (czytelny podpis)*

**ODBIÓR DOKUMENTÓW**

Oświadczam, że odebrałem(am) komplet dokumentów.

Mińsk Mazowiecki, dnia ......................................... r. …………………………………………..

 *(czytelny podpis)*