**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do Medycznej Szkoły Policealnej w Mińsku Mazowieckim**

DANE DOTYCZĄCE REKRUTACJI

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

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

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**1. Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Imię/imiona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Data i miejsce urodzenia: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_woj.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Imiona rodziców: ojca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , matki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Nazwisko rodowe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **numer ewidencyjny PESEL** | **inny dokument potwierdzający tożsamość: Dowód osobisty / Paszport / Karta pobytu / Karta Polaka itp.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**6. ADRES ZAMIESZKANIA: kod \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ , miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr mieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ województwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gmina / dzielnica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**7. Nr telefonu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)**

**9**. **W razie nagłego wypadku powiadomić: imię i nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10**. **Ukończona szkoła** /nazwa, miejscowość/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Rok ukończenia szkoły: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **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 Medycznej Szkoły Policealnej w Mińsku Mazowieckim** z siedzibą **05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. 1 PLM Warszawa 1**

tel.: **25 7585485** , mail: **sekretariat@mspmm.edu.pl**1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w **Medycznej Szkole Policealnej w Mińsku Mazowieckim** możliwy jest pod adresem email: **z.krajewski@ckziu.siedlce.pl**.
2. 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.
3. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, na mocy umów lub dobrowolnej zgody.
4. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane zgodnie z obowiązującym prawem.
5. 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.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

**Oświadczam, że:**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)***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 Medycznej Szkole Policealnej w Mińsku Mazowieckim, w ramach uczestnictwa w zajęciach edukacyjno-wychowawczych. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na wykorzystanie ww. danych osobowych przez MSP w Mińsku Mazowieckim, dla celów marketingowych i promocyjnych szkoły. Miejscami publikacji będą m.in. oficjalna strona internetowa MSP w Mińsku Mazowieckim, oficjalny profil szkoły na portalu społecznościowym (np. Facebook) prowadzony przez MSP 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)*  |

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

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

**Do wniosku można dołączyć oświadczenia i dokumenty potwierdzające:**

1. wielodzietność rodziny (co najmniej trójka dzieci)

2. niepełnosprawność kandydata (orzeczenie o niepełnosprawności)

3. niepełnosprawność dziecka kandydata (orzeczenie o niepełnosprawności i pokrewieństwie)

4. niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę (orzeczenie o niepełnosprawności i sprawowaniu

opieki)

5. samotne wychowywanie dziecka przez kandydata (prawomocny wyrok sądu i oświadczenie) Oświadczenia składa się pod

rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Kserokopie orzeczeń i dokumentów sadowych poświadcza

sekretariat szkoły, oryginały do wglądu w sekretariacie.

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

**Do wniosku dołączam:**

1. Świadectwo ukończenia szkoły w oryginale (lub duplikat)

2. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy

3. Inne (jakie)\* :

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

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

***WYPEŁNIA SEKRETARIAT***

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

 *(data) (czytelny podpis)*

**ODBIÓR DOKUMENTÓW** Oświadczam, że odebrałem(am) komplet dokumentów.

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

 *(czytelny podpis)*