

--	--	--	--

Kętrzyn, dnia.....

**Dyrektor Szkoła Branżowa II Stopnia w
Kętrzynie
ul. Limanowskiego 1; 11-400 Kętrzyn**

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Szkoły Branżowej II stopnia w Kętrzynie, prowadzoną przez Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie do:

klasy:....., na semestr, w roku szkolnym:

kierunek/zawód:

Formularz danych

	Lp	Nazwa	Pola do wypełnienia/zaznaczenia																				
Dane podstawowe	1	Imię/Imiona																					
	2	Nazwisko																					
	3	Data urodzenia																					
	4	Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo)																					
	5	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																				
6	Imiona rodziców	Imię ojca:	Imię matki:																				
Dane kontaktowe	7	Adres zamieszkania	Miejscowość:																				
			Ulica i numer domu:																				
			Kod i poczta:																				
			Gmina:	Powiat:																			
	8	Telefon																					
9	Adres e-mail																						
Informacje dodatkowe	10	Nauka języka obcego ¹ (do wyboru)	<input type="checkbox"/> j.angielski	<input type="checkbox"/> j.rosyjski																			
	11	Osoba z dysfunkcjami ² (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie																			

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

¹W miarę możliwości Szkoła zapewni kontynuację nauki języka obcego.

²Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole. Odmowa zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczna z brakiem możliwości nauki w szkole.

Oświadczam, że zapoznałem się z „**Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ**”, w tym, że administratorem moich danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do Szkoły i podpisania umowy o naukę oraz do celów związanych z nauką w szkole, w tym między innymi do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych przez uprawnione do tego instytucje. Dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.

TAK, zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych należących do szczególnych kategorii

NIE

.....
podpis kandydata