

Kędzierzyn - Koźle, dnia .....

**D Y R E K T O R**

Zespołu Szkół Medycznych  
w Kędzierzynie – Koźlu  
Medyczne Studium Zawodowe

**P O D A N I E**

Proszę o przyjęcie mnie do Medycznego Studium Zawodowego w Kędzierzynie – Koźlu na semestr pierwszy w roku szkolnym .....

**kierunek kształcenia** .....

1. **Nazwisko:** ..... **Imiona:** .....

2. **Data urodzenia:** .....

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. **Adres zamieszkania ucznia:** .....

**telefon:** ..... **e-mail:** .....

4. Imiona rodziców/prawnych opiekunów: .....

5. **Szkoła średnia** .....

**rok ukończenia:** .....

7. Do podania załączam:

- świadectwo ukończenia szkoły średniej
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji w szkole.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(podpis kandydata)