

DYREKTOR
Zespołu Szkół Medycznych
w Kędzierzynie – Koźlu
Szkoła Policealna dla Dorosłych

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie do Szkoły Policealnej dla Dorosłych w Kędzierzynie – Koźlu na semestr pierwszy w roku szkolnym

kierunek kształcenia

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

2. **Data urodzenia:**

PESEL

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

3. **Adres zamieszkania słuchacza:**

telefon: **e-mail:**

4. **Imiona rodziców:**

5. **Szkoła średnia**

rok ukończenia:

6. **Zatrudnienie:**

TAK (podać miejsce pracy)

NIE

.....

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)