

Kędzierzyn - Koźle, dnia

DYREKTOR

Zespołu Szkół Medycznych
w Kędzierzynie – Koźlu

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie do Zespołu Szkół Medycznych w Kędzierzynie – Koźlu na Kurs Kwalifikacyjny w roku szkolnym w zawodzie

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

2. **Data urodzenia:**

PESEL

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

3. **Adres do korespondencji:**

.....

telefon: **lub e-mail:**

4. Imiona rodziców:

5. Zatrudnienie:

TAK (podać miejsce pracy)

NIE

.....

6. Do podania załączam:

świadczenie ukończenia szkoły (oryginał)

zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji w szkole. Dane podaję dobrowolnie oraz mam świadomość przysługującego mi prawa dostępu do moich danych oraz ich poprawiania

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

.....

(podpis kandydata)