

Kędzierzyn - Koźle, dnia

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:** **miejsce ur.:**

PESEL

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

3. **Adres do korespondencji:**

.....

telefon: **lub e-mail:**

4. **Imiona rodziców:**

5. Do podania załączam:

świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał)

zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki.

.....
(podpis kandydata)

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie 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 **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w podaniu o przyjęcie do szkoły.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 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 przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Zespół Szkół Medycznych w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Piastowskiej 12, 47-200 Kędzierzyn-Koźle,
- Inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych w Kędzierzynie-Koźlu jest Pani Barbara Karpa, e-mail medyk@k-k.pl, tel. 77 4823108,
- Dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem – rekrutacja,
- Dane będą udostępniane wyłącznie Zespołowi Szkół Medycznych w Kędzierzynie-Koźlu,
- Dane będą przechowywane przez okres wskazany JRWA w Zespole Szkół Medycznych w Kędzierzynie-Koźlu,
- Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Zespół Szkół Medycznych w Kędzierzynie-Koźlu,
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- Mam prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy 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,
- Moje dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,
- Dane podaję dobrowolnie.

.....
(data, podpis - imię i nazwisko)