

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:** ..... **miejsce ur.:** .....

**PESEL**

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

3. **Adres do korespondencji:** .....

.....

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

4. **Imiona rodziców:** .....

5. Do podania załączam:

świadectwo ukończenia szkoły (oryginał)

zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki.

.....  
(podpis kandydata)

## 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](mailto:medyk@k-k.pl), tel. 77 4823108,
- Dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem – rekrutacja, nauka.
- 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)