

KANDYDANT NA SŁUCHACZA POLICEALNEJ SZKOŁY DLA MŁODZIEŻY

system nauczania	Stacjonarne - dzienne			Weekend	
	przedpołudniowe		popołudniowe		sob, nd
zawód					

nazwisko					
imiona					
nazwisko rodowe					
imię i nazwisko ojca					
imię i nazwisko matki					
adres zamieszkania rodziców	kod	miejscowość			
	ulica, nr				
data i miejsce urodzenia				miejsce urodzenia	
adres stały	kod	miejscowość			
	ulica, nr				
adres kontaktowy	kod	miejscowość			
	ulica, nr				
numer telefonu		stacjonarny	komórkowy	e-mail	
osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku		imię, nazwisko	adres	nr telefonu	
seria i nr dow. osobistego					
organ wydający dowód					
PESEL					
ukończona szkoła średnia	nazwa szkoły i miejscowość			rok ukooczenia	

KOMISJA REKRUTACYJNA

Miejscowość		pieczęć szkoły	
Data			

KANDYDAT NA SŁUCHACZA

zakwalifikowany		niezakwalifikowany	
-----------------	--	--------------------	--

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystanie przez Policealną Szkołę Medyczną dla Młodzieży przy Collegium Nauk o Zdrowiu moich danych osobowych, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz.883) i przysługuje mi prawo do wglądu i zmiany zgromadzonych danych.