**MEDYCZNA-SZKOŁA POLICEALNA** Wpłynęło ..................................

**35–310 RZESZÓW UL. WARZYWNA 1**

**Tel. (17)85-365-54, (17)85-814-20, fax. (17)85-391-91**

**www.medyk–studium.pl**

**e-mail: medyk@medyk-studium.pl**

***PODANIE O PRZYJĘCIE NA KIERUNEK KSZTAŁCENIA***

***……………………………………………………….……………………***

***(proszę wpisać kierunek kształcenia)***

***NA ROK SZKOLNY 2024/2025***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko kandydata** |  |
| Nazwisko panieńskie (u mężatek) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Obywatelstwo |  |
| Imiona i nazwisko rodziców/ opiekunów / współmałżonka |  |
| Telefon rodzica / współmałżonka |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adres zameldowania** | | **Adres zamieszkania** | |
| Miejscowość: |  | Miejscowość: |  |
| Ulica: |  | Ulica: |  |
| Nr domu/mieszkania: |  | Nr domu/mieszkania: |  |
| Kod pocztowy, poczta: |  | Kod pocztowy, poczta: |  |
| Powiat: |  | Powiat: |  |
| Gmina: |  | Gmina: |  |
| Województwo: |  | Województwo: |  |
| Nr telefonu: | | Adres e-mail: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAWÓD** | | **Zajęcia 5 dni**  **w tygodniu** | **Zajęcia w różne dni zależnie od grupy1)** | **Zajęcia w piątki**  **i soboty** |
| **ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA** | | □ Forma dzienna | □ Forma stacjonarna | – |
| **HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA** | | □ Forma dzienna | □ Forma stacjonarna | – |
| **OPIEKUNKA DZIECIĘCA** | | □ Forma dzienna | □ Forma stacjonarna | □ Forma zaoczna |
| **TECHNIK MASAŻYSTA** | | □ Forma dzienna | □ Forma stacjonarna | – |
| **TECHNIK ELEKTRORADIOLOG** | | □ Forma dzienna | – | – |
| **TERAPEUTA ZAJĘCIOWY** | | – | □ Forma stacjonarna | – |
| **TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH** | | □ Forma dzienna | □ Forma stacjonarna | □ Forma zaoczna |
| **OPIEKUN MEDYCZNY** | | – | □ Forma stacjonarna | – |
| **TECHNIK FARMACEUTYCZNY** | | □ Forma dzienna | – | – |
| **PODOLOG** | | – | □ Forma stacjonarna | – |
| **TECHNIK DENTYSTYCZNY** | | □ Forma dzienna | – | – |
| **TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ** | | – | – | □ Forma zaoczna |
| **FLORYSTA** | | – | – | □ Forma zaoczna |
| **PROTETYK SŁUCHU** | | – | – | □ Forma zaoczna |
| 1) | **Właściwe zaznaczyć** | | | |
|  | Dla formy stacjonarnej wykłady będą odbywać się 1 raz w tygodniu (poniedziałek) w godzinach popołudniowych | | | |
|  | a zajęcia praktyczne będą odbywać się w grupach do wyboru:  □ 1 grupa zajęcia w 2 dni robocze  □ 2 grupa zajęcia piątek po południu - sobota | | | |

**Inne dane dotyczące kandydata (nie dotyczy kierunków zaocznych):**

□ Jestem członkiem/posiadam rodzinę wielodzietną (3 i więcej dzieci)\*

□ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (dołączyć orzeczenie) \*

□ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności dziecka\*

□ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności innej bliskiej osoby, nad którą sprawuję opiekę\*

□ Samotnie wychowuję dziecko/dzieci\*

\* /właściwe zaznaczyć/

**Ubezpieczenie zdrowotne (właściwe podkreślić)**

- jestem ubezpieczony/a

- nie jestem ubezpieczony/a

- będę wnioskował o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym po ukończeniu 26 lat życia □ TAK / □ NIE

**Szczepienie przeciwko WZW typu B – żółtaczka zakaźna (właściwe podkreślić)**

- byłem/am szczepiony/a

- nie byłem/am szczepiony/a

**Nazwa ukończonej szkoły średniej:**

Miejscowość (dotyczy szkoły): Rok ukończenia szkoły

**Do podania dołączyć:**

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej,
2. Dwie fotografie (z imieniem i nazwiskiem na odwrocie),
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia nauki. Skierowanie na badania lekarskie do Poradni Medycyny Pracy będą wydawane w sekretariacie szkoły,
4. Posiadane orzeczenia i opinie poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i inne oraz oświadczenia wymagane w procesie rekrutacyjnym (jeśli dotyczy).
5. W przypadku gdy osoba ubiegająca się o przyjęcie do szkoły nie jest obywatelem polskim składa dokumenty potwierdzające status cudzoziemca wraz z załącznikami przetłumaczonymi na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Rzeszów

(podpis kandydata)

Załączniki:

1. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla potrzeb przeprowadzenia procesu przyjęcia na kierunek kształcenia

**INFORMACJA**

**o przetwarzaniu danych dla potrzeb przyjęcia na kierunek kształcenia**

**Kto przetwarza Państwa dane?**

Administratorem Państwa danych jest Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie z siedzibą w Rzeszowie, ul. Warzywna 1, 35-310 Rzeszów, posiadający nadane numery NIP: 8133694069 oraz REGON: 181135515.

**Jakie dane są przetwarzane?**

W związku w prowadzeniem procesu naboru na kierunek kształcenia, administrator przetwarza następujące dane:

1. imię (imiona) i nazwisko (nazwiska),
2. imiona i nazwiska rodziców,
3. nr telefon rodzica,
4. data urodzenia,
5. miejsce urodzenia,
6. nr Pesel,
7. miejsce zamieszkania (adres do korespondencji),
8. nr telefonu,
9. inne dane dotyczące kandydata wymienione w podaniu o przyjęcie na kierunek kształcenia.

**W jaki sposób gromadzone i na jakiej podstawie przetwarzane są dane?**

Dane pozyskiwane są bezpośrednio od Państwa. Podanie danych określonych w pkt 1-9 powyżej jest niezbędne do wzięcia udziału i prawidłowego przeprowadzenie procesu przyjęcia na kierunek kształcenia (bez podania tych danych nie będą Państwo mogli wziąć udziału w procesie przyjęcia). Administrator może poprosić Państwa o dobrowolne podanie dodatkowych danych, m.in. adresu poczty elektronicznej, co umożliwi kontakt z Państwem.

**W jakim celu i jak długo przetwarzane będą dane?**

Dane przetwarzane będą przez czas niezbędny dla przeprowadzenia procesu naboru o przyjęcie na kierunek kształcenia wraz z ogłoszeniem wyników naboru w formie opublikowania listy przyjętych słuchaczy.

**Komu mogą zostać przekazane Państwa dane?**

Odbiorcą Państwa danych może być:

1. podmiot przetwarzający dane w imieniu administratora na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych
2. inny administrator przetwarzający Państwa dane we własnym imieniu, tj. podmiot prowadzący działalność pocztową lub kurierską.

**Jakie przysługują Państwu uprawnienia?**

Jako osobie, której dane dotyczą, przysługuje Państwu:

1. jeśli podstawą przetwarzania Państwa danych jest zgoda, mogą Państwo wycofać zgodę w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;
2. prawo żądania od administratora dostępu do dotyczących Państwa danych osobowych;
3. prawo żądania od administratora niezwłocznego sprostowania dotyczących Państwa danych osobowych, które są nieprawidłowe;
4. prawo żądania od administratora niezwłocznego usunięcia dotyczących Państwa danych osobowych, gdy spełnione są ku temu przesłanki (np. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane; dane osobowe były przetwarzane niezgodnie z prawem, bądź dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku prawnego przewidzianego w prawie Unii lub prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator);
5. prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania Państwa danych, gdy są spełnione ku temu przesłanki (np. zakwestionują Państwo prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych; przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a sprzeciwią się Państwo usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania; administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne Państwu do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń);

**W jaki sposób można uzyskać więcej informacji oraz gdzie należy kierować żądania w zakresie przetwarzania danych osobowych?**

Pytania lub żądania w zakresie przetwarzania danych prosimy kierować do administratora w formie:

* pisemnej na adres: *Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego*
* *i Ustawicznego w Rzeszowie, ul. Warzywna 1, 35-310 Rzeszów*
* telefonicznie pod numer telefonu: *17 85-365-54, 17 85-814-20*
* lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: *medyk@medyk-studium.pl*

Otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z powyższą informacją.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data i podpis*