**KWESTIONARIUSZ**

**O PRZYZNANIE MIEJSCA W DOMU SŁUCHACZA**

1. Proszę o przyznanie miejsca w Domu Słuchacza przy Medyczno – Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( imię i nazwisko słuchacza )

............................................................................................................................................................

( nazwa szkoły, kierunek )

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce stałego zamieszkania …………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Odległość od miejsca stałego zamieszkania do szkoły ……………… km.

Numer telefonu słuchacza ………………………………………………

1. Oświadczenia słuchacza o sytuacji materialnej rodziny:
2. Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym to

……………………… osób.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko członków rodziny( matka, ojciec, rodzeństwo + słuchacz )  | Stopień pokrewieństwa | Wiek rodzeństwa i czym zajmuje się rodzeństwo |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |

1. Łączny miesięczny dochód wszystkich członków rodziny wynosi ………………………………. zł.

 W związku z tym na 1 osobę przypada dochód w wysokości …………………………………. zł.

1. Dowód osobisty słuchacza: numer, seria i przez kogo wydany ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

1. Pesel słuchacza ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Świadomy/ma (\*) odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………….

 ( miejscowość, data ) ( podpis słuchacza )

\* niepotrzebne skreślić.

Załączniki:

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

**INFORMACJA**

**o przetwarzaniu danych dla potrzeb przyznania miejsca w domu słuchacza**

**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. miejsce zamieszkania (adres do korespondencji),
3. numer i seria dokumentu tożsamości,
4. Imię i nazwisko członków rodziny wraz ze stopniem pokrewieństwa i wiekiem rodzeństwa,
5. Informacje o dochodach członków rodziny,
6. Numer Pesel słuchacza.
7. inne dane w zakresie kwestionariusza o przyznanie miejsca w domu słuchacza.

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

Dane pozyskiwane są bezpośrednio od Państwa. Podanie danych określonych w pkt 1-7 powyżej jest niezbędne do wzięcia udziału i prawidłowego przeprowadzenie procesu przyznania miejsca w domu słuchacza (bez podania tych danych nie będą Państwo mogli wziąć udziału w procesie przyznania). Administrator może poprosić Państwa o dobrowolne podanie dodatkowych danych, tj. numeru telefonu lub 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 przyznania miejsca w domu słuchacza wraz z ogłoszeniem wyników przyznania w formie opublikowania listy słuchaczy, którym przyznano miejsce w domu słuchacza.

**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*