wypełnia Szkoła: nr albumu …… oddział ……. grupa …….……

POLICEALNA SZKOŁA MEDYCZNA „SUKCES"

63-100 ŚREM, UL. WYSZYŃSKIEGO 11

fotografia
3 cm x 4 cm

Śrem, dnia…….…….

Do Dyrektora
Policealnej Szkoły Medycznej „Sukces"

PODANIE

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do Policealnej Szkoły Medycznej „Sukces" z siedzibą w 63-100 Śrem, ul. Wyszyńskiego 11, na kierunek ……. na rok szkolny …….., semestr ……. .

…….……..
(czytelny podpis osoby składającej podanie)

ANKIETA

DANE OSOBOWE

nazwisko:	
imiona:	
nazwisko rodowe:	
data urodzenia:	dzień: / miesiąc: / rok:
miejsce urodzenia:	
imię ojca:	
nazwisko rodowe matki:	
nr PESEL:	seria i numer dowodu osobistego:
obywatelstwo:	
uregulowany stosunek do służby wojskowej:	tak: / nie: / nie dotyczy:
przynależność do WKU (adres):	

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA

miejscowość:	
miasto:	wieś:
kod:	- poczta:
ulica:	
nr domu:	nr mieszkania: / województwo:
tel. stacjonarny:	tel. komórkowy:
e-mail:	

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż zameldowania)

miejscowość:	
kod:	- poczta:
ulica:	
nr domu:	nr mieszkania: / województwo:

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA

nazwa:	
miejscowość:	rok ukończenia:
data wystawienia świadectwa ukończenia szkoły średniej:	. .
nr świadectwa ukończenia szkoły średniej:	
data wystawienia świadectwa dojrzałości:	. .
nr świadectwa dojrzałości:	

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

	dotyczy:		nie dotyczy:		
stopień niepełnosprawności:	lekki:		umiarkowany:		znaczny:
rodzaj niepełnosprawności:					

W RAZIE WYPADKU POWIADOMIĆ

nazwisko:	imię:
miejscowość:	ulica:
nr telefonu:	

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Śrem, dnia …….

…….
(czytelny podpis osoby składającej podanie)

Do podania dołączam:

- oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej lub świadectwa dojrzałości,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w zawodzie,
- dwie podpisane fotografie w wymiarze 3 cm x 4 cm,
- kserokopię dowodu osobistego.

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji, realizacji procesu dydaktycznego oraz w celach marketingowych prowadzonych przez Policealną Szkołę Medyczną „Sukces” zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. Nr 133 poz. 833).

Śrem, dnia ……. …….
(czytelny podpis osoby składającej podanie)

wypełnia Szkoła

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DOKUMENTÓW

Potwierdzam odbiór kompletu dokumentów rekrutacyjnych kandydata do Policealnej Szkoły Medycznej „Sukces”.

Śrem, dnia ……. …….
(czytelny podpis pracownika Szkoły)