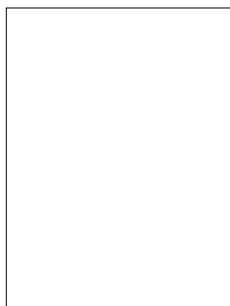


Zespół Szkół dla Dorosłych „Sukces”  
**POLICEALNA SZKOŁA MEDYCZNA „SUKCES”**  
63-100 ŚREM, UL. WYSZYŃSKIEGO 11

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:			
data urodzenia:	dzień:	miesiąc:	rok:
miejsce urodzenia:			
nr PESEL:			

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

miejscowość:			
miasto:	wieś:		
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:			
ocena uzyskana z przedmiotu Podstawy przedsiębiorczości:			

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:***

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

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią na dzień składania podania.

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

### NOTATKA SŁUŻBOWA OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PODANIE

1. Okazano mi do wyglądu dowód osobisty ubiegającej się o przyjęcie do szkoły. Z treści okazanego dokumentu wynika potwierdzenie stanu opisanego w oświadczeniu, tj. o pełnoletności osoby składającej oświadczenie.
2. Okazano mi do wyglądu świadectwo ukończenia szkoły osoby ubiegającej się o przyjęcie do szkoły. Z treści okazanego dokumentu wynika potwierdzenie stanu opisanego w oświadczeniu, tj. o ukończeniu szkoły.

.....  
(czytelny podpis osoby przyjmującej podanie)

### Oświadczenie w zakresie zgody

na przetwarzanie danych osobowych przez Administratora, którym jest Zespół Szkół dla Dorosłych „Sukces” - Policealna Szkoła Medyczna „Sukces” 63-100 Śrem, ul. Wyszyńskiego 11

w zakresie: mojego numeru telefonu .....

dla celów: ułatwienia kontaktu i przekazywania informacji

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

w zakresie wykorzystania i rozpowszechniania: mojego wizerunku

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

**zarejestrowanego:** podczas uczestnictwa w wycieczkach i wyjazdach szkolnych, programach, projektach, zawodach, konkursach i innych uroczystościach organizowanych przez Administratora lub podmioty współpracujące z Administratorem

**w formie:** fotografii i materiałów filmowych poprzez publikację wizerunku:

na stronie internetowej Administratora;

na Facebooku;

w materiałach informacyjnych i promocyjnych przekazywanych przez Administratora innym osobom, tj. w prasie, na billboardach

**dla celów:** informacyjnych i promocyjnych Administratora, w szczególności budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach. **Rozpowszechnienie wizerunku jest nieodpłatne.**

**Powyższe zgody zostały zebrane zgodnie z przepisami:**

- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie

danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2), w skrócie : „**RODO**”;

- ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych;
- ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Oświadczam, że:

- mam świadomość, iż wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne;
- mam świadomość, iż zgoda może być cofnięta w każdym czasie;
- zapoznałam/-em się z treścią klauzuli informacyjnej. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
*data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

---

## **CZĘŚĆ PRZEZNACZONA DLA OSÓB POSIADAJĄCYCH ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

### **Oświadczenie**

#### **w zakresie zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**Wyrażam zgodę**

**Nie wyrażam zgody**

na przetwarzanie danych osobowych przez Administratora, którym jest Zespół Szkół dla Dorosłych „Sukces” - **Policealna Szkoła Medyczna „Sukces”** 63-100 Śrem, ul. Wyszyńskiego 11

**w zakresie:** stopnia mojej niepełnosprawności

**proszę podać stopień niepełnosprawności:**

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

**dla celów:** odpowiedniego przygotowania egzaminu maturalnego

zgodnie z przepisami:

- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2), w skrócie: „**RODO**”;
- ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Oświadczam, że:

- mam świadomość, iż wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne;
- mam świadomość, iż zgoda może być cofnięta w każdym czasie;
- zapoznałam/-em się z treścią klauzuli informacyjnej. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
*data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*