**Gdańskie Szkoły Medyczne Szkoła Policealna**

80-753 Gdańsk, ul. Gdyńskich Kosynierów 11

***zawód:……………………***

**P O D A N I E**

1. Nazwisko: ................................................ Imiona:..1)..................................2)....................................
2. Data i miejsce urodzenia: dzień ............. miesiąc ...................................rok .......................

w............................................. woj. .............................................. kraj ...............................

1. Narodowość .......................................... obywatelstwo .......................................................
2. Nazwisko panieńskie (u mężatek) ........................................................................................
3. Adres stałego **zameldowania**: miejscowość .........................................................................

(podkreślić właściwe: miasto do 5 tys. mieszkańców, miasto powyżej 5 tys., wieś)

ulica ......................................................................................nr domu/lokalu.......................

nr kodu ..................poczta ............................... województwo ...........................................

1. Adres **zamieszkania** (**jeśli inny niż w/w**):

ul. ......................................................................................... nr domu/lokalu.......................

nr kodu .................poczta ................................miejscowość……………………………….

1. Numery telefonu: domowy .................................... komórkowy .........................................
2. e-mail: ..........................................................
3. Seria i Nr dowodu osobistego: ............................................................................................
4. PESEL ..................................................................................................................................
5. Nazwa i rok ukończenia szkoły średniej:…………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

…………………………………..

.

*(podpis kandydata)*

Załączniki:

1. świadectwo ukończenia szkoły średniej lub maturalnej (oryginał lub duplikat).

**Proszę o przyjęcie mnie do *Gdańskich Szkół Medycznych Szkoły Policealnej***

**na semestr ................. w roku szkolnym ……………….**

**ANKIETA KWALIFIKACYJNA**

| 1. | W przypadku gdy **nie uzyskam** promocji na następny semestr:  (zaznacz krzyżykiem jeden kwadrat) | 🞏 proszę o umożliwienie mi powtarzania  danego semestru  🞏 zobowiązuję się do natychmiastowego  odbioru swoich dokumentów |
| --- | --- | --- |
| 3. | Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgodę/-y\* na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Gdańskich Szkołach Medycznych w Gdańsku. Podane dane osobowe będą przetwarzane przez administratora zgodnie przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 roku Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu przeprowadzenia rekrutacji i procesu kształcenia. Administrator umożliwia wgląd do własnych danych osobowych i zapewnia prawo ich poprawiania, jak i usunięcia. | |
| 4. | Wyrażam / nie wyrażam zgodę/-y\* na przetwarzanie przez Gdańskie Szkoły Medyczne w Gdańsku danych osobowych dotyczących mojej osoby po zakończeniu szkoły, w celu realizacji procesu monitorowania kariery zawodowej oraz w celach archiwalnych i statystycznych. | |
| 5. | Wyrażam / nie wyrażam zgodę/-y\* na przekazywanie niezamówionych informacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności za pomocą udostępnionego przeze mnie adresu e-mail, (zgodnie z art. 10. Ustawy z dn. 18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną). | |
| 6. | Uzasadnij wybór Gdańskie szkoły Medyczne Szkoła Policealna |  |
| 7. | Źródło informacji o Szkole  (zaznacz krzyżykiem odpowiedni kwadrat) | 🞏 ulotka 🞏 internet  🞏 od znajomych 🞏 telewizja  🞏 radio 🞏 prasa  🞏 inne…………….. |

1. **Zobowiązuję się do systematycznego uczęszczania na planowane zajęcia lekcyjne. Jestem świadomy -(a), że moja nieobecność w szkole przekraczająca 50 % obowiązkowych zajęć skutkuje skreśleniem z listy słuchaczy.**
2. **Zapoznałem/am się ze Statutem i Regulaminem Szkoły.**

*.....................................................*

(podpis kandydata)