

Szkoła Policealna Gdańskie Studium Farmaceutyczne

80-753 Gdańsk, ul. Gdyńskich Kosynierów 11

zawód:.....

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie do *Szkoły Policealnej Gdańskie Studium Farmaceutyczne*

na semestr w roku szkolnym

1. Nazwisko: Imiona:..1).....2).....
2. Data i miejsce urodzenia: dzień miesiącrok
w..... woj. kraj
3. Narodowość obywatelstwo
4. Nazwisko panięskie (u mężatek)
5. Adres stałego **zameldowania**: miejscowość
(podkreślić właściwe: miasto do 5 tys. mieszkańców, miasto powyżej 5 tys., wieś)
ulicanr domu/lokalu.....
nr kodupoczta województwo
6. Adres **zamieszkania** (jeśli inny niż w/w):
ul. nr domu/lokalu.....
nr kodupocztamiejscowość.....
7. Numery telefonu: domowy komórkowy
8. e-mail:
9. Seria i Nr dowodu osobistego:
10. PESEL
11. Nazwa i rok ukończenia szkoły średniej:.....
.....

.....
(podpis kandydata)

Załączniki:

1. świadectwo ukończenia szkoły średniej lub maturalne (oryginał lub duplikat).
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w zawodzie technika farmaceutycznego.

ANKIETA KWALIFIKACYJNA

1.	W przypadku gdy nie uzyskam promocji na następnym semestr: (zaznacz krzyżykiem jeden kwadrat)	<input type="checkbox"/> złożę pisemny wniosek o umożliwienie mi powtarzania danego semestru <input type="checkbox"/> zobowiązuję się do natychmiastowego <i>odbioru swoich dokumentów</i>
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 Szkoły Policealnej Gdańskie Studium Farmaceutyczne	
7.	Źródło informacji o Szkole (zaznacz krzyżykiem odpowiedni kwadrat)	<input type="checkbox"/> ulotka <input type="checkbox"/> od znajomych <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> telewizja <input type="checkbox"/> prasa

- **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.**
- **Zapoznałem/am się ze Statutem i Regulaminem Szkoły.**

.....

data

.....

(podpis kandydata)