

# Gdańskie Szkoły Medyczne Szkoła Policealna

80-753 Gdańsk, ul. Gdyńskich Kosynierów 11

zawód:.....

## P O D A N I E

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

na semestr ..... w roku szkolnym .....

1. Nazwisko: ..... Imiona:..1).....2).....
2. Data i miejsce urodzenia: dzień ..... miesiąc .....rok .....  
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)  
ulica .....nr domu/lokalu.....  
nr kodu .....poczta ..... województwo .....
6. Adres **zamieszkania** (jeśli inny niż w/w):  
ul. .... nr domu/lokalu.....  
nr kodu .....poczta .....miejscowość.....
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 maturalnej (oryginał lub duplikat).
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w danym zawodzie

