

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 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 maturalnej (oryginał lub duplikat).
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w danym zawodzie

ANKIETA KWALIFIKACYJNA

| | | |
|----|---|--|
| 1. | W przypadku gdy nie uzyskam promocji na następny semestr: (zaznacz krzyżykiem jeden kwadrat) | <input type="checkbox"/> złożę pisemny wniosek o umożliwienie mi powtarzania danego semestru <input type="checkbox"/> 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) | <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 uczniów.**
- **Zapoznałem/am się ze Statutem i Regulaminem Szkoły.**

.....
data

.....
(podpis kandydata)