

Data wpływu (wypełnia Centrum).....

Nr słuchacza (wypełnia Centrum).....

**Dyrektor
Centrum Kształcenia Ustawicznego
Samorządu Województwa Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim
ul .Św. Antoniego 47
97 – 200 Tomaszów Maz.**

Proszę o przyjęcie mnie do **Samorządowej Szkoły Policealnej dla Dorosłych w Tomaszowie Maz.** na rok szkolny **2015/2016** na kierunek kształcenia (właściwe podkreślić):

- 1/ asystent osoby niepełnosprawnej (1 rok kształcenia)
- 2/ asystentka stomatologiczna (1 rok kształcenia)
- 3/ higienistka stomatologiczna
- 4/ opiekun osoby starszej
- 5/ opiekunka dziecięca
- 6/ opiekunka środowiskowa (1 rok kształcenia)
- 7/ opiekun medyczny (1 rok kształcenia)
- 8/ technik masażysta
- 9/ technik usług kosmetycznych
- 10/ technik drogownictwa
- 11/ technik geodeta
- 12/ technik bezpieczeństwa i higieny pracy (1,5 roku kształcenia)
- 13/ technik informatyk
- 14/ technik turystyki wiejskiej
- 15/ technik ochrony fizycznej osób i mienia
- 16/ technik sterylizacji medycznej (1 rok kształcenia)
- 17/ technik elektroniki i informatyki medycznej

I. Dane osobowe:

1. Nazwisko..... Nazwisko rodowe.....
2. Imię (imiona):
3. Data i miejsce urodzenia (w tym: województwo):
.....
4. Dokładny adres zamieszkania (do korespondencji):
ulica: nr domu: nr mieszkania:
kod: __ - __ __ miejscowość: województwo:
powiat:, gmina:
5. PESEL:
6. Nr telefonu:, e-mail:
7. Rok ukończenia szkoły średniej (zgodnie ze świadectwem ukończenia):

8. Dokument tożsamości (nazwa, seria, numer, wydany przez):

.....
.....

9. Imiona i nazwiska rodziców: ojciec:

matka:

II. Stosunek do służby wojskowej:

1. przynależność do WKU.....

2. Nr książeczki wojskowej, kategoria

III. Informacja o opłacaniu ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS/KRUS) przez kandydata:

.....

IV. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej w myśl art.233 § 1 k.k. (Dz. U. 1997,Nr 88 poz.553) oświadczam, że dane podane w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

V. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych przez szkołę oraz organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia. Przetwarzanie danych odbywać się zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1182). Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku (oraz głosu, wypowiedzi, imienia i nazwiska, itp.) w wywiadach, audycjach telewizyjnych, radiowych, publikacjach w Internecie, akcjach i materiałach promocyjnych i/lub reklamach realizowanych w ramach statutowych działań Centrum Kształcenia Ustawicznego Samorządu Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Maz. Przetwarzanie wizerunku odbywać się będzie zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. nr 90, poz. 631 z późn. zm.).

Data:

Czytelny podpis słuchacza:

VI. Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał).
2. Dwie fotografie (podpisane na odwrocie).
3. Zaświadczenie lekarskie braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu od lekarza pierwszego kontaktu.
4. Oświadczenie (druk w załączeniu)
5. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania).

Tomaszów Maz., dn.

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że pobieram/nie pobieram* przyznanych mi indywidualnie ze względu na stan zdrowia świadczeń:

1. zasiłek opiekuńczy,
2. rentę inwalidzką,
3. mam/nie mam* orzeczonego stopnia niepełnosprawności

Prawdziwość w/w oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz stwierdzam, że znana mi jest odpowiedzialność karna za podanie nieprawdziwych danych.

.....
(czytelny podpis kandydata)

* właściwe proszę podkreślić.