

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 **Szkoły Policealnej Samorządu Województwa Łódzkiego 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/ opiekunka dziecięca
- 5/ opiekun medyczny (1 rok kształcenia)
- 6/ terapeuta zajęciowy
- 7/ technik masażysta
- 8/ technik usług kosmetycznych
- 9/ technik bezpieczeństwa i higieny pracy (1,5 roku kształcenia)
- 10/ technik informatyk
- 11/ technik turystyki wiejskiej
- 12/ technik ochrony fizycznej osób i mienia
- 13/ technik sterylizacji medycznej (1 rok kształcenia)
- 14/ technik elektroniki i informatyki medycznej

**I. Dane osobowe:**

1. Nazwisko ..... nazwisko rodowe.....
2. Imię (imiona): .....
3. Data i miejsce urodzenie (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 ukończenie): .....

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 kandydata: .....

## VI. Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał).

2. Dwie fotografie (podpisane na odwrocie).

3. Zaświadczenie lekarskie o 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

oraz

1. mam/nie mam\* orzeczonego stopnia niepełnosprawności

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

.....  
(data i czytelny podpis kandydata)

\*właściwe proszę podkreślić.