

PODANIE KANDYDATA DO
KOMISJI REKRUTACYJNO – KWALIFIKACYJNEJ
POMORSKA MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA IM. ALINY PIENKOWSKIEJ W GDYNI
81-346 GDYNIA ul. ŻEROMSKIEGO 31
Tel. 58 620-81-17

Nazwisko	
----------	--

Imiona	1			2	
Nazwisko rodowe					

Data urodzenia i PESEL		-		-		r.													
------------------------	--	---	--	---	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce urodzenia:

Imię matki i ojca

Adres zamieszkania kandydata (łącznie z kodem)
--

--

Obywatelstwo

Telefon nr	
------------	--

e-mail	
--------	--

Nazwa ukończonej szkoły/miejscowość/rok

--	--	--

Forma kształcenia w naszej szkole (proszę zaznaczyć „x”) :			
--	--	--	--

dzienna		stacjonarna		zaoczna	
---------	--	-------------	--	---------	--

Wybrany kierunek nauki (proszę zaznaczyć „x”)

TECHNIK MASAŻYSTA	TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH	
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY	OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA	
OPIEKUNKA DZIECIĘCA	OPIEKUN MEDYCZNY	
HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA	OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ	
ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA	TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ	
PODOLOG		

Wybrany Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy (proszę zaznaczyć „x”)

Opiekun w Domu Pomocy Społecznej	Technik usług kosmetycznych	Opiekunka dziecięca

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się ze Statutem Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej im. Aliny Pienkowskiej w Gdyni.
 2. Oświadczam, że zamieszczone dane w podaniu są prawdziwe.
- Przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) dalej jako RODO:

1) administratorem moich danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna im. Aliny Pienkowskiej w Gdyni z siedzibą przy ul. Żeromskiego 31, 81-346 Gdynia.

2) dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych wyznaczonego u Administratora, z którym mogę się kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw: e-mail: iod@szkoлагdynia.pl oraz pisemnie na adres siedziby Administratora wskazanym w pkt. 1),

3) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia mnie do szkoły oraz realizacji zadań związanych z moim kształceniem w Pomorskiej Medycznej Szkole Policealnej im. Alina Pienkowskiej w Gdyni na podstawie art. 6 lit. c RODO (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe oraz Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty) oraz udzielonej przeze mnie zgody (np. wizerunek);

4) moje dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów prawa. W przypadku nieprzyjęcia mnie do szkoły, dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana przez okres 1 roku; w przypadku przyjęcia mnie do szkoły dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana nie dłużej niż do końca okresu kształcenia; przez okres 5 lat (dzienniki lekcyjne, dzienniczki praktyk) oraz 50 lat (arkusze ocen), a także gdy będzie miało to zastosowanie – do momentu odwołania mojej zgody.

5) odbiorcami moich danych mogą być: SIO, OKE, firmy pocztowe, placówka/lekarz medycyny pracy oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa;

6) posiadam prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (dotyczy cofnięcia zgody) lub ograniczenia przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale wymagane przez przepisy prawa. Odmowa podania danych będzie skutkować odrzuceniem mojego podania/wniosku oraz nie przyjęciem do szkoły.

Jestem zobowiązany wykonać i przedłożyć poniższe wyniki badań lekarzowi medycyny pracy		
Morfologia	Rtg klatki piersiowej	Kał na nosicielstwo
Badanie ogólne moczu	ALAT, ASPAT	

.....
(data)

.....
(podpis)

Wymagane dokumenty :

Świadectwo ukończenia szkoły ORYGINAŁ		2 fotografie (30mmx42mm) podpisane na odwrocie – nie dotyczy KKZ		1 fotografię (30mmx42mm) podpisaną na odwrocie – dotyczy KKZ	
--	--	---	--	---	--

.....
(data)

.....
(podpis pracownika szkoły)

Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole :

.....
.....

DECYZJA KOMISJI

Decyzją Komisji rekrutacyjnej Kandydat został / nie został* przyjęty na w/w Kierunek lub Kurs do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej im. Aliny Pienkowskiej w Gdyni.

Gdynia

.....
(podpis przewodniczącego K.R.)

*kandydatowi w terminie 7 dni od podania do wiadomości listy kandydatów przyjętych i nie przyjętych, przysługuje możliwość złożenia wniosku o uzasadnienie odmowy przyjęcia.