

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Nidzica, dnia .....

**Dyrektor**  
**Branżowej Szkoły I Stopnia w Nidzicy**  
**ul. Barke 2**  
**13-100 Nidzica**

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do **BRANŻOWEJ SZKOŁY I Stopnia w Nidzicy**, do klasy pierwszej, w roku szkolnym 2020/2021

w zawodzie: .....

### Formularz Danych Dziecka/Podopiecznego

|                             | Lp.                         | Nazwa   | Pola do wypełnienia/zaznaczenia       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|--|--|--|---|--|-------------|--|--------------------------------------|--|--|--|
| <b>Dane podstawowe</b>      | 1                           | Imię/imiona   |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 2                           | Nazwisko  |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 3                           | Data urodzenia  |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 4                           | Miejsce urodzenia (miasto i województwo)  |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 5                           | PESEL   |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 6                           | Imiona rodziców   | imię ojca:                            |  |  |  |   |  | imię matki: |  |                                      |  |  |  |
| <b>Dane kontaktowe</b>      | 7                           | Adres zamieszkania<br>ulica, nr domu, nr lokalu,<br>miejscowość, kod<br>gmina, powiat                               | Miejscowość:                          |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             |                             |   | ulica i numer domu:                   |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             |                             |   | kod i poczta:                         |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             |                             |   | gmina:                                |  |  |  |   |  | powiat:     |  |                                      |  |  |  |
|                             | 8                           | Telefon   |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
| 9                           | Adres poczty elektronicznej |   |                                       |  |  |  |   |  |             |  |                                      |  |  |  |
| <b>Informacje dodatkowe</b> | 10                          | Nauka języka obcego<br>(do wyboru)  | <input type="checkbox"/> j. angielski |  |  |  | <input type="checkbox"/> j. niemiecki   |  |             |  | <input type="checkbox"/> j. rosyjski |  |  |  |
|                             | 11                          | Deklaracja udziału<br>w nieobowiązkowych zajęciach<br>(do wyboru)   | <input type="checkbox"/> nie          |  |  |  | Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot:<br><input type="checkbox"/> religia<br><input type="checkbox"/> etyka |  |             |  |                                      |  |  |  |
|                             | 12                          | Osoba z dysfunkcjami <sup>1</sup><br>(jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie<br>orzeczenie) lub opinię z P.P-P | <input type="checkbox"/> tak          |  |  |  | <input type="checkbox"/> nie  |  |             |  |                                      |  |  |  |

<sup>1</sup> Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole.

### Formularz Danych Rodziców/Opiekunów prawnych

|                        | L.p.                        | Dane Rodzica/Opiekuna prawnego                                       |                     |  |
|------------------------|-----------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Dane kontaktowe</b> | 1                           | Imię   |                     |  |
|                        | 2                           | Nazwisko   |                     |  |
|                        | 3                           | Adres zamieszkania<br>ulica, nr domu, nr lokalu,<br>miejscowość, kod | miejscowość:        |  |
|                        |                             |  | ulica i numer domu: |  |
|                        |                             |  | kod i poczta:       |  |
| 4                      | Telefon                     |  |                     |  |
| 5                      | Adres poczty elektronicznej |  |                     |  |

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

Oświadczam, że zapoznałem się z „**Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ**”, w tym, że administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego, jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe oraz dane mojego dziecka/podopiecznego będą przetwarzane w celu rekrutacji do Szkoły i podpisania umowy o naukę oraz do celów związanych z nauką w szkole, w tym między innymi do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych przez uprawnione do tego instytucje. Dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

**Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana jako rodzica/opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego należących do szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.*

- TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali dane mojego dziecka/podopiecznego należące do szczególnych kategorii
- NIE

.....  
Podpis dziecka/podopiecznego

.....  
Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

**Załączniki:**

1. 2 fotografie (podpisane na odwrocie)
2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu
3. karta zdrowia ucznia
4. świadectwo ukończenia szkoły (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
5. zaświadczenie OKE o wynikach egzaminu (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
6. Opinia lub orzeczenie P.P-P o niepełnosprawności lub dysfunkcji