

--	--	--	--

Nidzica, dnia

Dyrektor
Liceum Ogólnokształcącego
dla Dorosłych w Nidzicy
ul. K. Barke 2
13-100 Nidzica

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do **Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych do klasy**, **w roku szkolnym 2020/2021, ukończyłam/łem**

(proszę podać nazwę ostatnio ukończonej szkoły)

Formularz Danych Osobowych

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

¹ Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole. Odmowa zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczna z brakiem możliwości nauki w Szkole.

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, jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe 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 o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.

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

- TAK, zgadzam się na to, abyście moje dane 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 kontynuowania nauki
3. świadectwo ukończenia ostatniej szkoły (bądź klasy w przypadku przeniesienia z innej szkoły)

