

--	--	--	--

Nidzica, dnia .....

**Dyrektor  
Szkoły Policealnej  
w Nidzicy  
ul. K. Barke 2  
13-100 Nidzica**

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do **Szkoły Policealnej** do **klasy** ....., **w roku szkolnym 2020/2021**, w zawodzie .....

**Formularz Danych Osobowych**

	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 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														
<b>Informacje dodatkowe</b>	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 <sup>1</sup> (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie)	<input type="checkbox"/> tak			<input type="checkbox"/> nie									

<sup>1</sup> 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

**Załączniki:**

1. 2 fotografie (podpisane na odwrocie)
2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania nauki
3. świadectwo ukończenia liceum lub technikum.



