

--	--	--	--

Nidzica, dnia .....

**Dyrektor  
Technikum w Nidzicy  
ul. Barke 2  
13-100 Nidzica**

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do **TECHNIKUM w Nidzicy** do klasy pierwszej w roku szkolnym 2020/2021 kształcącego w zawodzie:

- technik informatyk**  
 **technik logistyk**  
 **technik elektryk**  
 **technik usług fryzjerskich**

podkreśl wybraną szkołę / zawód \*

### 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 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 nieobowiązkowych zajęciach (do wyboru)	<input type="checkbox"/> nie				Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot: <input type="checkbox"/> religia <input type="checkbox"/> etyka																
	12	Osoba z dysfunkcjami <sup>1</sup> (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie 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 ulica, nr domu, nr lokalu, 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