

--	--	--	--

Nidzica, dnia

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

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do **Szkoły Policealnej w Nidzicy**, prowadzonej przez
Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie do:

klasy:..... **na semestr:**..... **w roku szkolnym:**.....

na kierunek:.....

Formularz Danych

	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 ¹ (do wyboru)	<input type="checkbox"/> j. angielski			<input type="checkbox"/> j. rosyjski			<input type="checkbox"/> j. niemiecki							
	11	Osoba z dysfunkcjami ² (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie)	<input type="checkbox"/> tak			<input type="checkbox"/> nie										

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.

¹ W miarę możliwości Szkoła zapewni kontynuację nauki języka obcego.

² 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 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 szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.

- TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali moje dane należące do szczególnych kategorii
- NIE

.....
Podpis