

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

Nidzica, dnia .....

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

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do **Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych w Nidzicy**, prowadzonego przez Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie do:

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

**Formularz Danych**

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

<sup>1</sup> W miarę możliwości Szkoła zapewni kontynuację nauki języka obcego.

<sup>2</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 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