



### WNIOSEK KANDYDATA

do Dyrektora Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Starogardzie Gdańskim  
83-200 Starogard Gdański, ul. Skarszewska 7, tel: 58 56 236 16

Proszę o przyjęcie mnie do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Starogardzie Gdańskim na wybrany kierunek kształcenia (proszę zaznaczyć X)

Nazwa kierunku	Forma kształcenia				Czas trwania nauki
	Tryb dzienny (5 razy w tygodniu)	Tryb stacjonarny (wieczorowy - 3 lub 4 razy w tygodniu)	Tryb zaoczny – 2 lub 3 razy w tygodniu	Kwalifikacyjny kurs zawodowy	
OPIEKUN MEDYCZNY					1,5 roku (3 semestry)
OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA				*wymagane wykształcenie średnie	1 rok (2 semestry)
ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ				*wymagane wykształcenie średnie	1 rok (2 semestry)
ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA					1 rok (2 semestry)
TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ					1 rok (2 semestry)
TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY					2 lata (4 semestry)
TECHNIK MASAŻYSTA					2 lata (4 semestry)
OPIEKUNKA DZIĘCIĘCA				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
OPIEKUN OSOBY STARSZEJ				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA					2 lata (4 semestry)
PODOLOG					2 lata (4 semestry)

NAZWIŚKO

IMIONA

DATA URODZENIA PESEL

IMIONA RODZICÓW

OBYWATELSTWO

WYKSZTAŁCENIE	PODSTAWOWE/ GIMNAZJALNE	ŚREDNIE BEZ MATURY	ŚREDNIE Z MATURĄ	WYŻSZE
NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY				
MIEJSCOWOŚĆ				
ROK				

ADRES ZAMIESZKANIA  
KANDYDATA

TELEFON

E - MAIL

OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ  
W RAZIE WYPADKU Imię i nazwisko, telefon

Starogard Gd., dnia: .....

(czytelny podpis kandydata)



**Oświadczenie dotyczące treści Wniosku**

Zgodnie z art. 150 ustawy Prawo oświatowe (tekst jednolity Dz.U. 2023 poz. 900) oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Starogard Gd., dnia: .....  
(czytelny podpis kandydata)

**Informacja dotycząca obowiązkowego szczepienia**

Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Starogardzie Gdańskim informuje, że zgodnie z § 7. ust. 1. pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych istnieje obowiązek wykonania szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B przez uczniów szkół medycznych. Po rozpoczęciu nauki Słuchacz zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o szczepieniu wg wzoru obowiązującego w szkole.

Starogard Gd., dnia: .....  
(czytelny podpis kandydata)

**Klauzula informacyjna dla kandydatów do szkoły**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) zwanym dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Starogardzie Gdańskim , ul. Skarszewska 7
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, panią Anną Dudek pod adresem iod.annadudek@gmail.com , tel. 58 562 36 16
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., zgodnie z art. 136, 149, 150 oraz 160 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2023, poz. 900).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych podpisanych przez Administratora. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych
5. Państwa dane osobowe uzyskane podczas postępowania rekrutacyjnego będą przechowywane nie dłużej niż do końca okresu, w którym słuchacz uczęszcza do szkoły. Natomiast dane osobowe kandydatów nieprzyjętych będą przechowywane przez okres jednego roku.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
9. Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż ten, w którym dane są zbierane.
10. Podanie danych osobowych wynikających z przepisu prawa jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji zadań szkoły.

Starogard Gd., dnia: .....  
(czytelny podpis kandydata)

**Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole? (proszę zaznaczyć krzyżykiem)**

Rodzina	Znajomi	Internet (jaka strona?)	Strona internetowa szkoły	Banery, plakaty, ulotki (gdzie się znajdowały?)	Imprezy miejskie (jakie?)	Inne (jakie?)

**Załączniki (proszę zaznaczyć):**

Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość (do wglądu)*	
Świadectwo ukończenia szkoły średniej (podstawowej/zawodowej/gimnazjum – na KKZ) ORYGINAŁ	
Zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwwskazań do nauki	
1 (2) fotografie podpisane na odwrocie do indeksu (i legitymacji)**	

\*Podpis pracownika weryfikującego tożsamość

\*\* Nie dotyczy KKZ

Starogard Gd., dnia: .....  
(czytelny podpis pracownika szkoły)

**Uwaga!**

Kandydatowi w terminie 7 dni od podania do wiadomości listy kandydatów przyjętych i nieprzyjętych, przysługuje możliwość złożenia wniosku o uzasadnienie odmowy przyjęcia.