

PODANIE DLA CUDZOZIEMCÓW

o przyjęcie do Bydgoskiej Szkoły Medycznej w Bydgoszczy

Proszę o przyjęcie mnie do Bydgoskiej Szkoły Medycznej w Bydgoszczy kształcącej w zawodzie :

- Technik masażysta** w trybie stacjonarnym – 2 lata nauka
- Opiekun medyczny** w trybie stacjonarnym – 1,5 roku nauka
- Terapeuta zajęciowy** w trybie stacjonarnym – 2 lata nauka
- Opiekunka środowiskowa** w trybie zaocznym- 1 rok nauka

Dane kandydata :

1. Dane osobowe

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|-------|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | Imię pierwsze | | | | | | | | | | | |
| Imię drugie | | | | | | | | | | | | Nazwisko panięskie dla mężatek | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | | | | | | - | - | - | PESEL | | | | | | | | | | | | | | |

2. Imiona rodziców

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię ojca | | | | | | | | | | | | Imię matki | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Adres stałego zamieszkania

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | | | | | | Nr domu | | | | | | Nr miesz. | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | | | | | | Poczta | | | | | | | | | | | |
| Gmina | | | | | | | | | | | | Województwo | | | | | | | | | | | |

4. Seria i numer dowodu osobistego

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Seria | | | | Numer | | | | Inny dowód tożsamości | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5. Dane kontaktowe

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nr. komórkowy | | | | | | Nr. Komórkowy do osoby bliskiej z rodziny | | | | | | e-mail | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6. Ukończona szkoła średnia

.....
(Nazwa szkoły i rok ukończenia)

Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych w Bydgoskiej Szkole Medycznej i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) stosowanego począwszy od 25 maja 2018r. z późn. zm. Prawidłowość danych zawartych w podaniu stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kandydata)

Spełniam jeden z warunków określonych w ust. 3 pkt. 1-14 artykułu 165 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (proszę zaznaczyć właściwy punkt):

- 1) obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Stowarzyszenia o Wolnym Handlu (EFTA) –strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, a także członkowie ich rodzin posiadający prawo pobytu lub prawo stałego pobytu;
- 2) osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji;
- 3) osoby, którym udzielono zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) osoby posiadające ważną Kartę Polaka;
- 5) osoby, dla których uprawnienie takie wynika z umów międzynarodowych;
- 6) osoby, którym nadano status uchodźcy oraz członkowie ich rodzin;
- 7) osoby posiadające zgodę na pobyt tolerowany;
- 8)osoby, którym udzielono zgody na pobyt ze względów humanitarnych, oraz członkowie ich rodzin;
- 9) osoby, którym udzielono ochrony uzupełniającej oraz członkowie ich rodzin;
- 10) osoby korzystające z ochrony czasowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11)osoby, którym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej udzielono zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej;
- 12)osoby, którym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 127, art. 159 ust.1, art. 176 lub art. 186 ust. 1 pkt.3 lub 4 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach(Dz.U. z 2016 r. poz. 1990,1948 i 2066);
- 13)osoby, które ubiegają się o udzielenie ochrony międzynarodowej oraz członkowie ich rodzin;
- 14)osoby, które posiadają kartę pobytu z adnotacją "dostęp do rynku pracy", wizę Schengen lub wizę krajową wydaną w celu wykonywania pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Osoby niebędące obywatelami polskimi, niewymienione w ust.3, mogą w myśl ust.5 artykułu 165 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe korzystać z nauki:

- jako stypendyści otrzymujący stypendium przyznane przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania;
- jako stypendyści otrzymujący stypendium przyznane przez organ prowadzący szkołę lub placówkę, przez dyrektora szkoły lub placówki;
- na warunkach odpłatności.

Posiadam inny dokument:

Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu

WYDANIE DOKUMENTÓW

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumenty)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumenty)