

PODANIE

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					
-------	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

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)

Załączniki:

1. Świadectwo (oryginał)/ duplikat 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)