

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO
MEDYCZNEJ SZKOŁY POLICEALNEJ
IM. KS. JANA KACZKOWSKIEGO W CHOJNICACH**

Na kierunek

DANE OSOBOWE KANDYDATA									
Pesel									
W przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość									
Imię					Drugie Imię				
Nazwisko					Nazwisko rodowe				
Data urodzenia					Miejsce urodzenia				
Narodowość					Obywatelstwo				
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA									
Województwo					Powiat				
Gmina					Miejscowość				
Ulica					Nr domu /mieszkania				
Kod Pocztowy					Poczta				
DANE KONTAKTOWE									
Telefon kontaktowy									
Adres e – mail									
Imię matki					Imię ojca				

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (właściwe zaznaczyć „x”)			
Stopień niepełnosprawności:	Tak ☐	Nie ☐	Odmawiam odpowiedzi ☐
Rodzaj niepełnosprawności (kod)			
Wielodzietność rodziny kandydata	TAK ☐	NIE ☐	Odmawiam odpowiedzi ☐
Niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę	TAK ☐	NIE ☐	Odmawiam odpowiedzi ☐
Samotne wychowywanie dziecka przez kandydata	TAK ☐	NIE ☐	Odmawiam odpowiedzi ☐

Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole:

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że podane w niniejszym wniosku dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami). 21 lut 2024

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

DECYZJA

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej /Dyrektora Kandydat został / nie został * przyjęty na w/w kierunek.

Chojnice, data

.....
Podpis przewodniczącego K.R./ Dyrektora*

*Niepotrzebne skreślić