**Podanie o Przyjęcie  
Do Medycznej Szkoły Policealnej w CKZiU  
Radom, Ul. Kelles-Krauza 3**

**DANE DOTYCZĄCE REKRUTACJI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proszę zaznaczyć wybrany kierunek i system kształcenia** | | **Dzienny** | **Stacjonarny** | **Zaoczny** |
| **1.** | **Asystent Osoby Niepełnosprawnej (1 rok)** |  |  |  |
| **2.** | **Asystentka Stomatologiczna (1 rok)** |  |  |  |
| **3.** | **Higienistka Stomatologiczna (2 lata)** |  |  |  |
| **4.** | **Opiekun Medyczny (1 rok)** |  |  |  |
| **5.** | **Opiekun w Domu Pomocy Społecznej (2 lata)** |  |  |  |
| **6.** | **Opiekunka Dziecięca (2 lata)** |  |  |  |
| **7.** | **Opiekunka Środowiskowa (1 rok)** |  |  |  |
| **8.** | **Ortoptystka** |  |  |  |
| **9.** | **Technik Elektroradiolog (2,5 roku)** |  |  |  |
| **10.** | **Technik Masażysta (2 lata)** |  |  |  |
| **11.** | **Technik Sterylizacji Medycznej (1 rok)** |  |  |  |
| **12.** | **Technik Usług Kosmetycznych (2 lata)** |  |  |  |
| **13.** | **Terapeuta Zajęciowy (2 lata)** |  |  |  |

# DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA

**1. Nazwisko** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **2.Imiona** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**3. Data i miejsce urodzenia**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**4. Numer PESEL** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**5. Nr telefonu** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **6. E-Mail** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Adres zamieszkania**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *kod pocztowy* | *poczta* | | *Miejscowość* | *ulica* | | *nr domu/lokalu* |
| *gmina* | | *Powiat* | | | *województwo* | |

**miasto powyżej 5 tys. mieszkańców □** **miasto poniżej 5 tys. mieszkańców □** **wieś □**

**Rok ukończenia szkoły średniej** . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| **w razie zdarzenia losowego powiadomić:** *imię i nazwisko* | |
| *adres:* | *numer telefonu:* |

**Jestem zgłoszona(ny) do ubezpieczenia zdrowotnego: /**

**NIE**

**TAK**

**Do wniosku dołączam:**

1. Jedną aktualną fotografię legitymacyjną (30x42 mm)

2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej w oryginale/ksero

3. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy

4. Inne (jakie)\* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Oświadczenie dot. publikacji wizerunku i ofert handlowych**

1. Zgodnie z Ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz. U. z 2006 r., Nr 90, poz. 631 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie, przetwarzanie i wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęć, filmów oraz nagrań dźwiękowych wykonanych podczas kształcenia w CKZiU w Radomiu, w  ramach uczestnictwa w zajęciach edukacyjno-wychowawczych.

*Radom, dnia . . . . . . . . . . . . . . . . Czytelny podpis kandydata . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

1. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na wykorzystanie w/w danych osobowych przez CKZiU w Radomiu, dla celów marketingowych i promocyjnych szkoły. Miejscami publikacji będą m.in. oficjalna strona internetowa CKZiU w Radomiu, oficjalny profil szkoły na portalu społecznościowym (np. Facebook) prowadzony przez CKZiU w  Radomiu, materiały reklamowe w formie elektronicznej (np. publikacje, newslettery, reklamy) i fizycznej (np. ulotki, publikacje) oraz w innych mediach, promujące szkołę.

*Radom, dnia . . . . . . . . . . . . . . . . Czytelny podpis kandydata . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

1. Wyrażam dobrowolną zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres: e-mail i/lub telefon informacji handlowej w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną od CKZiU w Radomiu:

* oferty na email na wskazany we wniosku,
* oferty/informacje na sms na wskazany we wniosku numer telefonu.

1. Wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne i może być w każdej chwili wycofane.

*Radom, dnia . . . . . . . . . . . . . . . . Czytelny podpis kandydata . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*