**ARKUSZ ZGŁOSZENIA KANDYDATA**

**do Wojewódzkiej Szkoły Policealnej stacjonarnej i zaocznej**

**w Brzegu**

1. Imię i nazwisko …………………………………………………………………..............
2. PESEL …………………………………………………………………………................
3. Data i miejsce urodzenia ………………………………………........................................
4. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………
5. Imiona rodziców …………………………………………………………………............
6. Data i rodzaj ukończenia szkoły ………….… ……………………..….………..…..…

DEKLARUJĘ CHĘĆ PODJĘCIA NAUKI NA WYDZIALE

……………………………………………………………………………………..……..

Zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Medycznych w Brzegu, ul. Ofiar Katynia 25, 49-300 Brzeg (Dyrektor Piotr Szwedowski), w celu przeprowadzenia rekrutacji i prowadzenia nauczania w szkole.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym do podjęcia nauki, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia nauki w szkole. Podstawą przetwarzania danych jest Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej   
i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji. Dane osobowe będą przetwarzane przez cały okres nauki, a następnie archiwizowane przez   
50 lat.

……………………. ........................ ……………………………

(miejscowość, data) (podpis)

telefon ………………………………

e-mail ……………………………….

Zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Medycznych w Brzegu, ul. Ofiar Katynia 25, 49-300 Brzeg (Dyrektor Piotr Szwedowski), w celu komunikacji w sprawach dotyczących nauki oraz dostępu do platformy moodle.

Podanie danych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak dostępu do platformy moodle i utrudniony kontakt w sprawach nauki w szkole. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Dane osobowe będą przetwarzane przez cały okres nauki.

……………………. ........................ ……………………………

(miejscowość, data) (podpis)