



**Medyczo- Społeczne Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu**  
ul. Św. Jana 1 / 3, 87 – 100 Toruń  
tel. 56 622 16 53      www.spm.edu.pl

Toruń, dn.....

.....  
imię/imiona i nazwisko oraz nazwisko rodowe

.....  
data i miejsce urodzenia

.....  
numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL  
seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
imiona rodziców

.....  
adres miejsca zamieszkania

.....  
województwo, powiat, gmina

.....  
adres poczty elektronicznej

.....  
numer telefonu

**Dyrektor  
Medyczo- Społeczne Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego  
w Toruniu**

### WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

**Proszę o przyjęcie mnie do Medyczo- Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu  
na pierwszy rok nauki na kierunku:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> technik dentystyczny- forma dzienna                 | <input type="checkbox"/> opiekun medyczny- forma zaoczna                             |
| <input type="checkbox"/> technik masażysta- forma dzienna                    | <input type="checkbox"/> asystentka stomatologiczna- forma stacjonarna (wieczorowa)  |
| <input type="checkbox"/> technik masażysta- forma stacjonarna (wieczorowa)   | <input type="checkbox"/> higienistka stomatologiczna- forma stacjonarna (wieczorowa) |
| <input type="checkbox"/> terapeuta zajęciowy- forma stacjonarna (wieczorowa) |  |

**Wyrażam zgodę na kontakt z osobą, którą należy zawiadomić w razie wystąpienia szczególnych  
okoliczności (np. w razie nagłych zachorowań lub wypadku):**

1)

.....  
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon)

2)

.....  
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon)

### Do wniosku załączam wymagane dokumenty:

- świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez dyrektora szkoły, którą kandydat ukończył),
- 2 zdjęcia legitymacyjne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych w zakresie niezbędnym dla potrzeb rekrutacji oraz nauki w szkole zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

Dane podaję dobrowolnie i mam świadomość przysługującego mi prawa dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

*podpis kandydata*

Wyrażam zgodę na udostępnienie mojego wizerunku na stronie internetowej Medyczo-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu.

.....

*podpis kandydata*

Proszę podać źródło z jakiego dowiedział/ał się Pan/i o naszym centrum (właściwie zaznaczyć):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ogłoszenie w prasie   | <input type="checkbox"/> inna strona www                                   |
| <input type="checkbox"/> reklama w radiu   | <input type="checkbox"/> poprzez wizytę przedstawiciela M-SCKZiU w Toruniu |
| <input type="checkbox"/> plakat na ulicy   | <input type="checkbox"/> na Targach Edukacyjnych                           |
| <input type="checkbox"/> ulotka reklamowa, gdzie .....   | <input type="checkbox"/> poprzez pokazy słuchaczy w szkole średniej        |
| <input type="checkbox"/> strona internetowa <a href="http://www.spm.edu.pl">www.spm.edu.pl</a> | <input type="checkbox"/> poprzez znajomych, kolegów, rodzinę               |
| <input type="checkbox"/> portal społecznościowy facebook                                       | <input type="checkbox"/> inne .....  |
| <input type="checkbox"/> płatna reklama google   |  |