



**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 (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"/> opiekunka środowiskowa- forma zaoczna |
| <input type="checkbox"/> technik masażysta- forma stacjonarna (wieczorowa) | <input type="checkbox"/> technik usług kosmetycznych- forma zaoczna |
| <input type="checkbox"/> terapeuta zajęciowy- forma stacjonarna (wieczorowa) | <input type="checkbox"/> technik bezpieczeństwa i higieny pracy- forma zaoczna |
| <input type="checkbox"/> asystentka stomatologiczna- forma stacjonarna (wieczorowa) | <input type="checkbox"/> ortoptystka- forma dzienna |
| <input type="checkbox"/> higienistka stomatologiczna- forma stacjonarna (wieczorowa) | <input type="checkbox"/> technik ortopeda- forma stacjonarna |

**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 www.spm.edu.pl | <input type="checkbox"/> poprzez znajomych, kolegów, rodzinę |
| <input type="checkbox"/> portal społecznościowy facebook | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> płatna reklama google | |