

DYREKTOR
Medycznej Szkoły Policealnej
w Sandomierzu

Proszę o przyjęcie mnie na pierwszy rok nauki do Medycznej Szkoły Policealnej w Sandomierzu na kierunek **Technik Farmaceutyczny**.

KANDYDAT:

1. Nazwisko Imiona
2. Data i miejsce urodzenia: dzień miesiąc rok
w woj.
3. Numer PESEL:
4. Imiona rodziców
5. Nazwisko panięskie (u mężatek)
6. Adres stałego zamieszkania miejscowość :.....
ulica kod pocztowy
woj.
7. Telefon kontaktowy.....
8. Ukończona szkoła średnia: nazwa szkoły
.....
9. Rok ukończenia miejscowość

.....
data

.....
podpis kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
data

.....
podpis