

Zespół Szkół Zawodowych nr 1
im. mjr. H. Dobrzańskiego „Hubala”
POLICEALNA SZKOŁA MEDYCZNA
27-200 Starachowice
ul. Radomska 72 **tel. 41-274-52-74**
e-mail: zsz1stce@pro.onet.pl, www.zsz1star.pl

Data przyjęcia dokumentów: _____
Przyjęty dnia: _____
Ukończył/przerwał naukę: _____
Data zwrotu dokumentów: _____

P O D A N I E

Proszę o przyjęcie mnie do Policealnej Szkoły Medycznej w zawodzie technik dentystyczny.

Dane kandydata

Nazwisko _____	Imiona _____	
Data urodzenia _____	Miejsce urodzenia _____	
woj. _____	Imiona rodziców _____	
Nazwisko panięńskie (u mężatek) _____		
Adres stałego miejsca zamieszkania:		
Kod _____	Miejscowość _____	
Ulica _____	nr domu _____	mieszkania _____
województwo _____	tel. _____	
PESEL _____	seria i nr dowodu osobistego _____	

Ukończyłem/łam szkołę średnia

Nazwa szkoły _____	
Miejscowość _____	ul. _____
woj. _____	rok ukończenia szkoły _____
kod _____	miejscowość _____

Studiowałem/am, studiuje w szkole wyższej

Nazwa uczelni _____	
Miejscowość _____	kierunek _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w podaniu dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883)

Podpis: _____

Do podania załączam:

Świadectwo dojrzałości, ukończenia szkoły średniej w oryginale lub odpisie
Orzeczenie lekarskie
3 fotografie
Kserokopię dowodu osobistego

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Data _____

Podpis _____

Informacja dla kandydata

1. Podanie oraz inne dokumenty przedstawione władzom szkoły winny być wypełnione czytelnie i dokładnie. Podstawowe dane personalne jak: nazwisko, imię, imię ojca i matki, data urodzenia, adres zamieszkania winny być pisane pismem drukowanym. Pisownia imion i nazwisk powinna być zgodna z brzmieniem w dowodzie osobistym lub metryce urodzenia.
2. Uprzedza się o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.