

Warszawa, dnia .....

**DYREKTOR**

**Medycznej Szkoły Policealnej nr 4 w Warszawie**

**ul. Grenadierów 30A**

**04-062 Warszawa**

Uprzejmie proszę o przyjęcie do Medycznej Szkoły Policealnej nr 4 na semestr.....  
w zawodzie ..... w roku szkolnym .....

**DANE OSOBOWE KANDYDATA**

1. Nazwisko i imiona ..... PESEL.....

2. Data i miejsce urodzenia .....

województwo .....obywatelstwo.....

3. Adres do korespondencji .....

województwo..... telefon .....

adres stałego zameldowania .....

4. Nazwisko i imiona rodziców (prawnych opiekunów) .....

5. Ukończona szkoła średnia / rok.....

6. W razie nagłego wypadku powiadomić: imię i nazwisko .....

tel.: .....

7. **\*\*Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań do aktywnego uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego.**

\*\* - nie dotyczy kształcenia w zawodzie technik elektroradiolog

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) **wyrażam/ nie wyrażam** \* - zgody na przetwarzanie moich danych osobowych i wizerunku przez Medyczną Szkołę Policealną nr 4 w Warszawie w celu dokumentowania działalności statutowej Szkoły oraz na ich zamieszczenie w publikacjach i na stronach internetowych Szkoły.

\* - niepotrzebne skreślić

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Medyczną Szkołę Policealną Nr 4 z siedzibą w Warszawie przy ul. Grenadierów 30A dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacyjnego, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)."

.....  
czytelny podpis kandydata