



**Akademicka Policealna Szkoła Medyczna  
w Białymstoku**  
ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, pok. 7 (sekretariat)  
tel. (85) 74 56 476, 533 385 888  
[www.policealne.wsmmed.pl](http://www.policealne.wsmmed.pl) e-mail: [policealne@wsmmed.pl](mailto:policealne@wsmmed.pl)

Data wpływu: .....

## PODANIE

**Proszę o przyjęcie mnie do Akademickiej Policealnej Szkoły Medycznej na kierunek:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Opiekun medyczny</b> forma dzienna lub stacjonarna (1,5) | <input type="checkbox"/> <b>Asystentka stomatologiczny</b> forma dzienna (1)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Podolog</b> forma dzienna lub stacjonarna (2)            | <input type="checkbox"/> <b>Higienistka stomatologiczna</b> forma dzienna (2) |
| <input type="checkbox"/> <b>Technik masażysta</b> forma dzienna (2)                  | <input type="checkbox"/> <b>Technik dentystyczny</b> forma dzienna (2,5)      |
| <input type="checkbox"/> <b>Technik farmaceutyczny</b> forma dzienna (2,5)           | <input type="checkbox"/> <b>Technik ortopeda</b> forma dzienna (2)            |
| <input type="checkbox"/> <b>Terapeuta zajęciowy</b> forma dzienna (2)                | <input type="checkbox"/> <b>Opiekunka dziecięca</b> forma dzienna (2)         |
| <input type="checkbox"/> <b>Technik usług kosmetycznych</b> forma zaoczna (2)        |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Technik sterylizacji medycznej</b> forma zaoczna (1)     |   |

*Właściwy kierunek i tryb proszę zaznaczyć „x”.*

## KANDYDAT

Podanie proszę wypełnić literami drukowanymi.

- Nazwisko: ..... Imiona: .....
- Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....  
woj.: ..... kraj: .....
- PESEL: ..... Obywatelstwo: .....
- Imię matki : ..... Imię ojca : .....
- Nazwisko panińskie (u mężatek): .....
- Nr tel. do kontaktu ..... e-mail: .....
- Adres zamieszkania: .....  
.....  
gmina: ..... powiat: ..... woj.: .....

**Do podania dołączam: (proszę zaznaczyć „x”)**

- oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej (obcokrajowcy: oryginał oraz tłumaczenie przez tłumacza przysięgłego świadectwa ukończenia szkoły średniej; do wglądu: paszport, Karta Polaka, karta pobytu)
- 1 zdjęcie – w przypadku chęci uzyskania legitymacji szkolnej (*z tyłu proszę napisać imię i nazwisko*)
- wpisowe na czynności administracyjne w wysokości 20 zł (nie podlega zwrotowi w przypadku rezygnacji ze szkoły)



**Akademicka Policealna Szkoła Medyczna  
w Białymstoku**  
ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, pok. 7 (sekretariat)  
tel. (85) 74 56 476, 533 385 888  
[www.policealne.wsmmed.pl](http://www.policealne.wsmmed.pl) e-mail: [policealne@wsmmed.pl](mailto:policealne@wsmmed.pl)

**DOKUMENT TOŻSAMOŚCI (UWAGA! Wypełniają tylko osoby nie posiadające numeru PESEL!!!)**

Nazwisko:..... Imiona:.....  
Nazwisko rodowe:..... Imiona rodziców:.....  
Miejsce i data urodzenia:.....PESEL:.....  
Obywatelstwo:..... Numer dokumentu tożsamości/paszportu/karty pobytu:.....  
Organ wydający:.....  
Data wydania:..... Data ważności:.....

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Administratorem Danych Osobowych jest Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9,15-875 Białystok<sup>1</sup>, tel.+487456476, e-mail: [ado@wsmmed.pl](mailto:ado@wsmmed.pl); kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: [inspektor@ochronadanych.hub.pl](mailto:inspektor@ochronadanych.hub.pl)

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata

Informacje o spełnieniu warunków dopuszczania do klasyfikacyjnych egzaminów semestralnych proszę przesyłać drogą mailową na adres e-mail:

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przesyłanie przez Akademicką Policealną Szkołę Medyczną informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata

\* - niepotrzebne skreślić

Skąd dowiedziałas/ęś się o Akademickiej Policealnej Szkole Medycznej:

- Internet: [www.wsmmed.edu.pl](http://www.wsmmed.edu.pl)
- Internet: [www.bialystokonline.pl](http://www.bialystokonline.pl)
- Facebook
- znajomi
- inne .....

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9,15-875 Białystok; tel.+487456476, e-mail: [ado@wsmmed.pl](mailto:ado@wsmmed.pl); kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: [inspektor@ochronadanych.hub.pl](mailto:inspektor@ochronadanych.hub.pl)

1. Dane osobowe są przetwarzane w celu prawidłowej realizacji procesu rekrutacji – a w przypadku decyzji o przyjęciu do Szkoły, w celu prawidłowej realizacji zadań edukacyjnych Szkoły
2. Podstawą przetwarzania danych jest art. 6 ust 1 lit b) RODO (podejmowanie działań zmierzających do realizacji umowy oraz realizacja umowy o świadczenie usług edukacyjnych), art. 6 ust 1 lit c) RODO (realizacja obowiązków prawnych, art. 6 ust 1 lit e) RODO (realizacja zadań publicznych), art. 6 ust 1 lit f) RODO (prawnie uzasadniony interes Szkoły – informowanie o nowościach i zmianach w ofercie, obrona przed roszczeniami), art. 6 ust 1 lit a) RODO – zgoda na przetwarzanie wizerunku
3. Informujemy o prawie dostępu do danych, ich poprawiania i uzupełniania, żądania ograniczenia przetwarzania a w przypadku udzielenia zgody – do jej wycofania bez wpływu na legalność przetwarzania przed odwołaniem. Informujemy o prawie do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
4. Podanie danych jest niezbędne do złożenia niniejszego podania