



Akademicka Policealna Szkoła Medyczna

Data wpływu:

PODANIE

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

Właściwy kierunek i tryb proszę zaznaczyć „x”.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Technik farmaceutyczny | <input type="checkbox"/> Technik sterylizacji medycznej |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb dzienny | <input type="checkbox"/> ▫ tryb zaoczny |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb wieczorowy | <input type="checkbox"/> Technik usług kosmetycznych |
| <input type="checkbox"/> Technik masażysta | <input type="checkbox"/> ▫ tryb zaoczny |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb dzienny | <input type="checkbox"/> Asystentka stomatologiczna |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb wieczorowy | <input type="checkbox"/> ▫ tryb dzienny |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy | <input type="checkbox"/> Higienistka stomatologiczna |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb dzienny | <input type="checkbox"/> tryb dzienny |
| <input type="checkbox"/> Opiekun medyczny | <input type="checkbox"/> Technik dentystyczny |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb zaoczny | <input type="checkbox"/> tryb dzienny |
| <input type="checkbox"/> Opiekunka dziecięca | <input type="checkbox"/> Technik ortopeda |
| <input type="checkbox"/> ▫ tryb dzienny | <input type="checkbox"/> tryb dzienny |

KANDYDAT

Podanie proszę wypełnić literami drukowanymi.

1. Nazwisko: Imiona:
2. Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
woj.: kraj:
3. Seria i nr dowodu osobistego: PESEL:
4. Imię matki : Imię ojca :
5. Stan cywilny: obywatelstwo:
6. Nazwisko panięskie (u mężatek):
7. Nr tel. do kontaktu e-mail:
8. Adres stałego zameldowania: ulica: nr domu:
kod pocztowy: miejscowość: kraj:
miasto: wieś: woj.: powiat:

9. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny): ulica:
nr domu:
kod pocztowy: miejscowość: kraj:
miasto: wieś: woj.: powiat:

10. Dodatkowe dane do kontaktu :

nr tel. e-mail:
adres do korespondencji: ulica: nr domu:
kod pocztowy: miejscowość: kraj:

Wybieram naukę następującego języka obcego

/ do wyboru język angielski lub niemiecki /

Do podania dołączam: (proszę zaznaczyć „x”)

1. kopię dowodu osobistego
2. świadectwo ukończenia szkoły średniej
3. zaświadczenie lekarskie
4. 2 zdjęcia

.....
podpis kandydata

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w kwestionariuszu. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie tych danych organowi założycielskiemu, organowi uprawnionemu do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia do systemu informacji oświatowych i przetwarzania tych danych przez te podmioty. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami). Przyjmuje do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do przetwarzanych danych osobowych i ich poprawianie w siedzibie szkoły

Tak / NIE* *- **niepotrzebne skreślić**

Białystok, dnia

.....
podpis kandydata

Skąd dowiedziałas/ęś się o Akademickiej Policealnej Szkole Medycznej:

- Internet: www.wsmmed.edu.pl
- Internet: www.bialystokonline.pl
- prasa
- znajomi
- reklama
- inne

Akademicka Policealna Szkoła Medyczna
15-875 Białystok, ul. Krakowska 9
Tel. 85 74 564 76, kom. 533 385 888, 531 876 999