



**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 e-mail: policealne@wsmmed.pl

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

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:



**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 e-mail: policealne@wsmmed.pl

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. świadectwo ukończenia szkoły średniej
2. zaświadczenie lekarskie
3. 2 zdjęcia

.....
podpis kandydata

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademicką Policealną Szkołę Medyczną w Białymstoku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania w celu realizacji toku kształcenia. Administratorem danych osobowych jest Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel. +48 85 74 56 476, e-mail: policealne@wsmmed.pl

.....
miejscowość i data

.....
podpis

Wyrażam zgodę 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.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

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
w Białymstoku**
ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, pok. 7 (sekretariat)
tel. (85) 74 56 476, 533 385 888
www.policealne.wsmmed.pl e-mail: policealne@wsmmed.pl

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI

Nazwisko:

.....

Imiona:

.....

Nazwisko rodowe:

.....

Imiona rodziców:

.....

Data urodzenia:

.....

PESEL:

.....

Obywatelstwo:

.....

Miejsce urodzenia:

.....

Numer dowodu osobistego/paszportu/karty pobytu:

.....

Organ wydający:

.....

Data wydania:

.....

Data ważności:

.....

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademicką Policealną Szkołę Medyczną w Białymstoku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania w celu realizacji toku kształcenia. Administratorem danych osobowych jest Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel. +48 85 74 56 476, e-mail: policealne@wsmmed.pl

.....
miejsowość i data

.....
podpis

Wyrażam zgodę 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