**ARKUSZ ZGŁOSZENIA KANDYDATA**

**do Medycznego Studium Zawodowego w Brzegu**

1. Imię i nazwisko …………………..………………………………………..………
2. PESEL ……………………………………………………………………..………
3. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………..………
4. Adres zamieszkania ………………………………………………………..………
5. Imiona rodziców .…………………………………………………………..………
6. Data i rodzaj ukończenia szkoły ..………………………………………….………

DEKLARUJĘ CHĘĆ PODJĘCIA NAUKI NA WYDZIALE

……………………………………………………………….

Zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Medycznych w Brzegu, ul. Ofiar Katynia 25, 49-300 Brzeg (Dyrektor Piotr Szwedowski), w celu przeprowadzenia rekrutacji i prowadzenia nauczania w szkole.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym do podjęcia nauki, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia nauki w szkole. Podstawą przetwarzania danych jest Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej
i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji. Dane osobowe będą przetwarzane przez cały okres nauki, a następnie archiwizowane przez
50 lat.

……………………………… ……………………………

(miejscowość, data) (podpis)

telefon ………………………………

e-mail ……………………………….

Zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Medycznych w Brzegu, ul. Ofiar Katynia 25, 49-300 Brzeg (Dyrektor Piotr Szwedowski), w celu komunikacji w sprawach dotyczących nauki oraz dostępu do platformy moodle.

Podanie danych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak dostępu do platformy moodle i utrudniony kontakt w sprawach nauki w szkole. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Dane osobowe będą przetwarzane przez cały okres nauki.

……………………………… ……………………………

 (miejscowość, data) (podpis)