**Data wpływu (wypełnia Zespół).......................................**

**Nr słuchacza (wypełnia Zespół)…………………..**

 Dyrektor

 Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych

 Województwa Łódzkiego

 w Tomaszowie Mazowieckim

 ul. Św. Antoniego 47

 97 – 200 Tomaszów Maz.

(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Proszę o przyjęcie mnie do Szkoły Policealnej Samorządu Województwa Łódzkiego
 w Tomaszowie Mazowieckim na rok szkolny………………………, na kierunek kształcenia
(właściwe podkreślić):

1. asystentka stomatologiczna
2. asystent osoby niepełnosprawnej
3. higienistka stomatologiczna
4. opiekun osoby starszej
5. opiekunka dziecięca
6. opiekunka środowiskowa
7. opiekun medyczny
8. opiekun w domu pomocy społecznej
9. technik usług kosmetycznych
10. technik bezpieczeństwa i higieny pracy
11. technik masażysta
12. technik sterylizacji medycznej
13. technik elektroniki i informatyki medycznej
14. terapeuta zajęciowy

w systemie: dziennym/stacjonarnym/zaocznym (właściwe podkreślić)

**Dane osobowe:**

1. Nazwisko ………………………………………; nazwisko rodowe…………………………….

Imię/ imiona ..….………......................................................................................................

1. Imię ojca………………………………………………………………………………………..
2. Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………
3. PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Dokładny adres zamieszkania:

ulica: ………………………………………………..; nr domu: …… ; nr mieszkania: …..……. kod:\_ \_ - \_ \_ \_ miejscowość: …………………………………………………………………….

województwo:………….….…….…… powiat: ………….……………… gmina:………………

1. Nr telefonu\*: ……………………………. e-mail\*: ……………………………………………...
2. Rok ukończenia szkoły średniej (zgodnie ze świadectwem ukończenia): …………..………
3. Informacja o płatniku składek ubezpieczenia zdrowotnego kandydata (np.: ZUS/KRUS):

……………………………………………………………………………………………………………

Data: ……………… Czytelny podpis kandydata: ……….………………………

**\***podanie danych jest dobrowolne

Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał).
2. Dwie fotografie (podpisane na odwrocie).
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki
na wybranym przez siebie kierunku kształcenia oraz możliwości odbywania praktyki zawodowej.
4. Oświadczenie (druk w załączeniu).
5. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania). Oryginał do wglądu.
6. Oświadczenie ws. ewentualnej zgody na przetwarzanie wizerunku.

Szanowni Państwo!

W związku z unijnym rozporządzeniem o ochronie danych tj.: art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

**informuję, że**:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Zespół Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim, z siedzibą w Tomaszowie Maz.
ul. Św. Antoniego 47, tel.: 44 724 27 43, email: dyrektor@ckutomaszow.com.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem tel.: 44 724 27 43;
email: sekretariat@ckutomaszow.com.pl
3. Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie:
4. art. 6 ust. 1 lit. cogólnego rozporządzenia jw. o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w art. 149 pkt 1) oraz art. 150.1 pkt 1-4,6 Ustawy – Prawo oświatowe
z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 910)
5. art. 20a pkt 1-2; art. 20s; art. 20t Ustawy o systemie oświaty z dn. 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1327)
6. § 4 pkt 1 – 2, pkt 5 – 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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 (Dz.U. 2017, poz. 1646)
7. w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych
w placówce oraz ewentualnej zgody na przetwarzanie w celach promocyjno-marketingowych wizerunku słuchacza Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim.
8. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat licząc od dnia złożenia podania
o przyjęcie do Zespołu.
9. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (art. 4 pkt 9 RODO).
10. Ma Pan/Paniprawo do: żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo
do ich sprostowania, usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania,
a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodne z prawem przetwarzanie, którego dokonano przed jej cofnięciem.
11. Jeśli uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODOma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
12. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu
na ww. przepisy. Niepodanie danych skutkuje niemożnością przyjęcia do Zespołu Szkół
i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Maz.
13. W zakresie: numeru telefonu do kontaktów i adres email jest dobrowolne.

…….…….……………………………………………… (data i czytelny podpis)

Tomaszów Maz., dn. .....................................

…………………………………………………….

(imię i nazwisko)

…………………………………………………....

(adres zamieszkania)

……………………………………………..……..

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że mam/nie mam\* orzeczony stopień niepełnosprawności.

Prawdziwość w/w oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ………...........................................

 (data i czytelny podpis kandydata)

\*właściwe proszę podkreślić.

….……………………………………………..

(data i miejsce)

**Zgoda na przetwarzanie w celach promocyjno-marketingowych wizerunku kandydata
Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim**

…………………………………………………..

 (imię i nazwisko kandydata)

Niniejszym oświadczam, że w przypadku przyjęcia mnie do Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim **wyrażam/nie wyrażam\*** **zgodę/y**
na ograniczone czasowo (do lat pięciu od zakończenia nauki w Zespole) przetwarzanie danych osobowych w zakresie mojego wizerunku w postaci fotografii cyfrowej, przez Zespół Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 47, zwanego dalej „Zespołem”, w tym w szczególności na potrzeby działalności promocyjno-marketingowej Zespołu prowadzonej za pośrednictwem:

* strony internetowej Zespołu pod adresem: www.ckutomaszow.com.pl
* profil FB CKU SWŁ w Tomaszowie Maz.
* media lokalne i ogólnopolskie (prasa, telewizja)

\*właściwe podkreślić

…….…….………………………………………………

 (data i czytelny podpis kandydata)