|  |  |
| --- | --- |
|  | **Uwaga: PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!** |
|
|  |  ……………………….. Numer słuchacza (wypełnia Zespół)  |
| Podanie o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy kandydata pełnoletniego |
| Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy z zakresu kwalifikacji: |
|   |
|  |  | (nazwa i oznaczenie kwalifikacji) |  |  |  |
| organizowany w formie stacjonarnej\*/zaocznej\*/dziennej\* |   |   |   |
| Nazwisko  |   | numer tel.\*\* |   |   |
| Nazwisko panieńskie |   | e-mail\*\* |   |   |  |
| Imię (imiona) |   |  |
| Imię ojca |  |  |
| Data urodzenia (d/m/r) |   |   |  |
| Miejsce urodzenia |   |   |   |   |   |  |
| Inny dowód tożsamości: |  |
| Numer PESEL: |  |
| PESEL, a w przypadku braku nr PESEL wpisać serię i nr dowodu osobistego |   | Wykształcenie |   |  |
| Adres zamieszkania (do korespondencji): |  |  |  |  |  |   |  |
| Ulica  |   | Nr domu/ Nr mieszkania |   |   |  |
| Kod poczt.  |   | Miejscowość |   |  |
| Województwo |   | Gmina  |   |  |
| Wykształcenie: |  |
| Nazwa ostatnio ukończonej szkoły |   |  |
| Rok ukończenia |   | Kierunek/zawód |   |  |
| Informacje dodatkowe:  |  |
| Osoba\* | pracująca/ niepracująca | zarejestrowana w Urzędzie Pracy:  |   |  |
| Osoba: | pełnosprawna/ niepełnosprawna\* (nr orzeczenia o niepełnosprawności) |   |  |
| Czy: | jest\*/był\* Pan\*/Pani\* | słuchaczem Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Maz. | tak\*/nie\* |  |
| \* niepotrzebne skreślić |  |
| \*\*podanie danych jest dobrowolne |  |  |  |  |  |  |
| Prosimy o informację skąd Pan/Pani dowiedzieliście się o naszej placówce:………………………………………………………………………. |  |
|  |  |  |  |  | ….………………………………… (data i podpis) |  |
| UWAGA ! |  |  |  |  |  |
| Warunkiem rozpoczęcia kwalifikacyjnego kursu zawodowego jest zgłoszenie się co najmniej 20 kandydatów. |  |
| Przyjąłem\*/Przyjęłam\* do wiadomości: |  |  |  |  |  |  |
| \*niepotrzebne skreślić |  |  |  |  | ….………………………………… (data i podpis) |  |
| Załączniki: |  |  |  |  |  |
| 1. Świadectwo ukończenia ostatniej szkoły (oryginał) |  |  |  |  |
| 2. 1 fotografia |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu |
| 4. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania) |  |  |  |

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/słuchacza
Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych Województwa Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim**

…………………………………………………..

 (imię i nazwisko kandydata/słuchacza)

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)