

**WSCKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu**Wielkopolskie Samorządowe Centrum
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
ul. Mostowa 6
61-855 Poznań**Nr wpływu, data
(wypełnia pracownik MSZ)

Poznań, dnia:

PODANIE

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do **Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Poznaniu**
w zawodzie (1 – zawód pierwszego wyboru, 2 – zawód drugiego wyboru):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Technik dentystyczny | <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy |
| <input type="checkbox"/> Asystentka stomatologiczna | <input type="checkbox"/> Technik masażysta |
| <input type="checkbox"/> Higienistka stomatologiczna | <input type="checkbox"/> Opiekunka dziecięca |
| <input type="checkbox"/> Opiekun medyczny | <input type="checkbox"/> Asystent osoby niepełnosprawnej |
| <input type="checkbox"/> Opiekun osoby starszej | <input type="checkbox"/> Opiekun w domu pomocy społecznej |

Nazwisko: Imię/Imiona:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):

Imiona rodziców:

<u>Adres stałego zameldowania:</u>	<u>Adres do korespondencji:</u>
Ulica, nr domu:	Ulica, nr domu:
Kod pocztowy:	Kod pocztowy:
Miejscowość:	Miejscowość:
Województwo:	Telefon kontaktowy:
Powiat:	
Gmina:	
Telefon kontaktowy:	
e-mail:	
znacznik miejscowości:	
<input type="checkbox"/> wieś	
<input type="checkbox"/> miasto poniżej 5 tys. mieszkańców	
<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	

Stan cywilny: Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panieńskie: Pesel: _____

Rodzaj dowodu tożsamości Seria i numer:

