

**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 PSSSiM 2)

Poznań, dnia:

PODANIE

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do **Policealnej Szkoły Służb Społecznych i Medycznych dla Dorosłych nr 2 w Poznaniu** w zawodzie (1 – zawód pierwszego wyboru, 2 – zawód drugiego wyboru):

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

Nazwisko: Imię/Imiona:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):

Imiona rodziców:

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

Stan cywilny: Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panieńskie: Pesel: _ _ _ _ _

Rodzaj dowodu tożsamości Seria i numer:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej (dołączyć w przypadku jego posiadania):

- nie dotyczy
 stopień: znaczny
 umiarkowany
 lekki

Termin ważności:

Ukończona szkoła średnia:

Nazwa szkoły:

miejsowość: województwo: rok:

Numer świadectwa: data wystawienia:

- liczba osób w rodzinie kandydata
- stopień niepełnosprawności kandydata
- stopień niepełnosprawności dziecka kandydata
- stopień niepełnosprawności innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę
- samotne wychowywanie dziecka przez kandydata

**Prawidłowość danych zawartych w podaniu
stwierdzam własnoręcznym podpisem**

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

Oświadczenie

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych.

.....
PODPIS KANDYDATA

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji telefonicznie i drogą elektroniczną.

.....
PODPIS KANDYDATA