



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 KPSS)

Poznań, dnia:

Miejsce na
fotografię
wymiary
35 x 45 mm

**Dyrektor
Kolegium Pracowników
Służb Społecznych w Poznaniu**
ul. Mostowa 6
61-855 Poznań

PODANIE

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do **Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Poznaniu**
w zawodzie Pracownik Socjalny prowadzonego w systemie:

- zaocznym
 dziennym

Nazwisko:.....Imię:Drugie Imię.....

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: znaczn 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 stacjonarny:
--	---

Stan cywilny: Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panińskie: Pesel: _____

Rodzaj dowodu tożsamości Seria i numer:

Orzeczenie o niepełnosprawności (dołączyć kserokopie w przypadku jego posiadania):

nie dotyczy

stopień:

znaczny

umiarkowany

lekki

Termin ważności:

Miejsce i rok zdania egzaminu dojrzałości*:

nowa matura,

stara matura

Ukończona szkoła średnia:

Nazwa szkoły:

miejsowość: województwo: rok:

Numer świadectwa: data wystawienia:

Informacja o podstawowym źródle utrzymania rodziny kandydata:

praca zawodowa

działalność gospodarcza

dochody z rolnictwa

emerytura

renta

zasiłek

inne:.....

**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