

**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 im. PCK)**PODANIE***(prosimy wypełniać drukowanymi literami)*

Proszę o przyjęcie mnie do Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Poznaniu

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

Tryb nauki:  dzienny  zaoczny

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: .....
--	--

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: .....

**Informacje dodatkowe:**

- 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**

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji telefonicznie i drogą elektroniczną.

.....

PODPIS KANDYDATA