

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
Branżowa Szkoła II Stopnia Nr 3
22-400 Zamość, ul. Partyzantów 14
Tel. kontaktowy: 84 6271360, 533484848
www.ckziu.net.pl
centrum@ckziu.zamosc.pl

Zamość,.....202.....r.

P O D A N I E **o przyjęcie do Branżowej Szkoły II Stopnia**

Proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 202.../202.... w systemie zaocznym/stacjonarnym*
na semestr pierwszy **branżowej szkoły II stopnia**

Proszę o przyjęcie mnie do branżowej szkoły II stopnia:

1- Pierwsza możliwość, 2. Druga możliwość, 3. Trzecia możliwość,
(właściwą szkołę zaznaczyć znakiem 1,2,3 po lewej stronie)

Zawód	Oznaczenie i nazwa kwalifikacji
Technik usług fryzjerskich 514105	FRK.03. Projektowanie i wykonywanie fryzur
Technik handlowiec 522305	HAN.02. Prowadzenie działań handlowych
Technik hotelarstwa 422402	HGT.06. Realizacja usług w recepcji
Technik pojazdów samochodowych 311513	MOT.06. Organizacja i prowadzenie procesu obsługi pojazdów samochodowych
Technik rolnik 314207	ROL.09. Organizacja i nadzorowanie produkcji rolniczej i pszczelarskiej
Technik żywienia i usług gastronomicznych 343404	HGT.12. Organizacja żywienia i usług gastronomicznych
Technik robót wykończeniowych w budownictwie 311219	BUD.25 Organizacja, kontrola i sporządzanie kosztorysów robót wykończeniowych w budownictwie
Zawód, którym byłabyś/ byłbyś zainteresowana(y)	

I Dane osobowe:

- 1.* Nazwisko i imię/imiona
- 2.* Nazwisko rodowe:
- 3.* Data i miejsce urodzenia:woj.....
- 4.* Adres (kod pocztowy, poczta, miejscowość zamieszkania, ulica, nr domu/mieszkania):
.....
.....
- 5.* Adres e- mail:6.Telefon:
- 7.* PESEL:
8. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych)
-
- Telefon do rodzica (opiekuna prawnego)

*) Wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

**) Obowiązkowy kontakt rodzica/ opiekuna prawnego z opiekunem klasy raz w miesiącu.

II Ukończona szkoła:

nazwa szkoły..... rok ukończenia

miejsowośćwojewództwo

III Informacja w sprawie ochrony danych osobowych RODO

Zgodnie z 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:

☐ Administratorem podanych danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Zamościu, ul. Partyzantów 14 22-400 Zamość Tel.84 6271360, 533484848 e-mail: centrum@ckziu.zamosc.pl

☐ dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie - Prawo Oświatowe z dn. 14.12.2016 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 59) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 .09. 1991 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce;

☐ dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach; dane dot. wizerunku dziecka będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły – dane podaje dobrowolnie jednocześnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej, ☐ dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,

☐ przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

IV Oświadczenie kandydata

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przysyłanie mi informacji o kursach i szkoleniach organizowanych przez CKZiU w Zamościu. Tak / Nie*

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku w celach promocyjnych CKZiU w Zamościu. Tak / Nie*

*) zaznaczyć lub wypełnić drukowanymi literami

Wymagane dokumenty:

1. Podanie;
2. 2 zdjęcia;
3. Świadectwo ukończenia poprzedniej szkoły;
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w zawodzie

.....

(podpis kandydata)

.....

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

.....

Data i podpis opiekuna klasy

.....

Data i podpis osoby wprowadzającej do SIO

.....

Podpis osoby przyjmującej dokumenty

ANKIETA

1. Jeżeli wybrałeś/aś system zaoczny.

Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu spośród podanych wybierz najdogodniejsze dni tygodnia, w których chciałbyś uczestniczyć w zajęciach.

- poniedziałek- sobota
- poniedziałek- niedziela
- piątek – sobota
- piątek- niedziela

2. Jeżeli wybrałeś zajęcia w systemie stacjonarnym.

Chciałbyś/aś uczyć się:

- rano
- po południu