

.....
(lp. / rok –
wpisuje szkoła)

.....
(nr albumu –
wpisuje szkoła)

DOKUMENTY UCZNIA

Szkoła Policealna Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie

Zawód:
(technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik elektroradiolog,
higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna)

50-018 Wrocław, ul. Stawowa 24
tel. centrala 0-71 344-28-77 (78)
tel. sekretariat 0-71 343-85-92

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zameldowania – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

.....
(adres e-mail i nr telefonu kontaktowego)

Dane osobowe:

Nazwisko:

Imię 1: Imię 2:

Nazwisko rodowe:

Data urodzenia:

Urodzony w...: Województwo:

Narodowość: Obywatelstwo:

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania:

Numer ewidencyjny PESEL:

Numer dowodu osobistego:

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych) i adresy ich zamieszkania:

.....

.....

.....

Dane dotyczące szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B:

Pierwszą dawkę podano dnia:

Drugą dawkę podano dnia:

Trzecią dawkę podano dnia:

Osoba, którą należy zawiadomić w razie wystąpienia szczególnych okoliczności dotyczących słuchacza (np. wypadku):

.....

(imię, nazwisko, adres, telefon)

Do dokumentów ucznia załączam:

1. Podanie o przyjęcie do szkoły,
2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał / odpis),
3. Zdjęcia – 4 szt. (o wym. 37 mm. x 52 mm.),
4. Ksero dowodu osobistego,
5. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w określonym zawodzie,
6. Poświadczenie wykonania szczepienia przeciw WZW typu B (zaświadczenie / ksero) – w przypadku zaszczepienia się przed przystąpieniem do nauki.

Niniejszym oświadczam, że świadomy/a odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej za podawanie niezgodnych z prawdą danych osobowych stwierdzam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych moich danych osobowych przez Szkołę Policealną Medyczną we Wrocławiu do celów naboru i nauki w Szkole.

.....

(podpis kandydata)