

PODANIE

o przyjęcie do Medycznej Szkoły CED/ Policealnego Studium Zawodowego Centrum Edukacji Dorosłych/ na KKZ w Brodnicy

Proszę o przyjęcie mnie do **Medycznej Szkoły CED/ Policealnego Studium Zawodowego Centrum Edukacji** kształcących w ramach szkoły policealnej w zawodach:

- opiekun medyczny** MED.03 (1 rok, tryb zaoczny) Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej
- technik masażysta** MED.10 (2 lata, tryb stacjonarny - zajęcia trzy dni w tygodniu)
- technik ochrony fizycznej osób i mienia** BPO.02 (2 lata, tryb zaoczny)
- technik BHP** BPO.01 (1,5 roku, tryb zaoczny)
- technik administracji** EKA.01 (2 lata, tryb zaoczny)
- technik usług kosmetycznych** FRK.04 (2 lata, tryb zaoczny)

Proszę o przyjęcie mnie na **Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy***:

* W przypadku zawodów, na które składają się dwie kwalifikacje i więcej, Słuchacz, który zrealizował efekty wspólne lub zawodowe w ramach innych kwalifikacji jest zwolniony z obowiązku odbywania tych zajęć, a liczba godzin praktyki zawodowej rozkłada się proporcjonalnie na każdą kwalifikację.

- opiekun medyczny** MED.03 Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej
- opiekunka środowiskowa** SPO.05 Świadczenie usług opiekuńczych
- technik rachunkowości**
 - EKA.07 Prowadzenie rachunkowości
 - EKA.05 Prowadzenie spraw kadrowo--placowych i gospodarki finansowej jednostek organizacyjnych

DANE PERSONALNE

.....
Pierwsze imię Drugie imię Nazwisko
.....
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok) miejsce urodzenia

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _

Imiona rodziców:

Nazwisko panieńskie (u mężatek)

Adres zamieszkania:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
Gmina Powiat Województwo

Telefon:
(Słuchacza)

Telefon:
(drugi kontaktowy)

e-mail

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu:

Ukończona szkoła średnia:
(nazwa szkoły i rok ukończenia)

.....

Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Medycznej Szkoły/ Policealnego Studium Zawodowego CED w Brodnicy i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r., poz. 922). Prawidłowość danych zawartych w podaniu stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kandydata)

Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły (oryginał)
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu

*niewłaściwe skreślić

Z jakiego źródła uzyskał/a Pan/i informację o szkole? prasa radio plakaty ulotki reklamowe od Słuchaczy CED od nauczycieli CED od znajomych strona internetowa inne (jakie?)

.....

WYDANIE DOKUMENTÓW

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumenty)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumenty)