



WNIOSEK

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Policach
ul. Kresowa 5, 72-010 Police

Proszę o przyjęcie w roku szkolnym 2024/2025 na kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji

--	--	--	--	--

oznaczenie kwalifikacji

.....
.....

nazwa kwalifikacji (NALEŻY WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE - DRUKOWANY LITERAMI)

Deklaruję uczestnictwo w zajęciach realizowanych w systemie:

zaocznym

DANE OSOBOWE KANDYDATA

Nazwisko:.....,
Imię
Drugie imię:.....,
Data urodzenia:.....miejsce urodzenia:.....,
PESEL:.....,
Imiona rodziców:.....,
Telefon:.....,
Adres e-mail:.....

Adres zameldowania:

Miejscowość:,ulica:..... nr domu:.....,
Kod pocztowy:,

Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż zameldowania)

Miejscowość:,ulica:nr domu:,
Kod pocztowy:,

Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych (w przypadku kandydata niepełnoletniego)

Imię i nazwisko ojca.....,
Adres zamieszkania.....,
Telefon: email:.....

Imię i nazwisko matki.....,
Adres zamieszkania.....,
Telefon: email:.....



Zgodność podanych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

Police, dnia

.....
podpis kandydata

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego
kandydata niepełnoletniego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że został spełniony wobec mnie obowiązek informacyjny wynikający przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) w związku z procesem naboru do placówki oświatowej.

Police, dnia

.....
podpis kandydata

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego
kandydata niepełnoletniego

ZAŁĄCZNIKI:

1. Świadectwo lub potwierdzona za zgodność kserokopia ostatniego świadectwa szkolnego
2. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do podjęcia praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza na podstawie skierowania wystawionego przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Policach
3. Oświadczenie zgody pełnoletniego kandydata/opiekuna prawnego niepełnoletniego kandydata na przetwarzanie danych osobowych

DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Przyjęty/-a/* nie przyjęty/-a/* na kwalifikacyjny kurs zawodowy w roku szkolnym 2024/2025.

Podpisy członków komisji:

1.
2.

Podpis przewodniczącego komisji:

.....

*** niepotrzebne skreślić**

Wpisany/a* do księgi uczestnika KKZ pod nr ewidencyjnym