

**UWAGA: wniosek wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI**

Gdańsk, .....

Dyrektor  
Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Gdańsku  
Al. Gen. J. Hallera 17, 80-401 Gdańsk

**WNIOSEK KANDYDATA**

Nazwisko i imię kandydata: .....

Proszę o przyjęcie mnie do szkoły na kierunek:

zaznacz krzyżykiem **X** kwadracik z wybranym trybem nauki

- można wybrać kilka kierunków oraz różne tryby nauki przy każdym kierunku

nazwa kierunku	tryb dzienny 5 dni w tygodniu	tryb stacjonarny (wieczorowy) 3 lub 4 dni w tygodniu	tryb zaoczny (weekendowo)	Czas trwania nauki
Technik Farmaceutyczny	<input type="checkbox"/>			5 semestrów (2,5 roku)
Technik Masażysta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 semestry (2 lata)
Technik Usług Kosmetycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 semestry (2 lata)
Higienistka Stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 semestry (2 lata)
Opiekunka Dziecięca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 semestry (2 lata)
Terapeuta Zajęciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 semestry (2 lata)
Opiekun Medyczny [MED.14]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 semestry (1,5 roku)
Asystentka Stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 semestry (1rok)
Technik Sterylizacji Medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 semestry (1rok)
Ortoptystka	<input type="checkbox"/>			4 semestry (2 lata)
Asystent Osoby Niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 semestry (1rok)
Opiekun Osoby Starszej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 semestry (2 lata)
Technik Ortopeda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 semestry (2 lata)
Opiekunka Środowiskowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 semestry (1rok)
Opiekun w Domu Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 semestry (2 lata)
Protetyk Słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 semestry (2 lata)
Technik Dentystyczny	<input type="checkbox"/>			5 semestrów (2,5 roku)
Podolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 semestry (2 lata)
Technik Elektroradiolog	<input type="checkbox"/>			5 semestrów (2,5 roku)

## DANE KANDYDATA

1. Nazwisko: .....
2. Imiona:(1) .....(2).....
3. Nazwisko rodowe .....
4. PESEL: .....(w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość).
5. Adres zamieszkania: kod: .... -..... Miejscowość  
.....  
Ulica:.....nr domu .....nr lokalu.....  
Województwo .....powiat .....
6. nr telefonu .....
7. e-mail: .....
8. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) .....  
Jestem osobą: pełnoletnią (tzn. mam skończone 18 lat) , niepełnoletnią
9. Miejsce urodzenia: .....
10. Obywatelstwo: .....
11. Rok ukończenia i nazwa ukończonej szkoły:  
.....

12. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (nazwisko, telefon)  
.....

### **13. Dane, które wypełnia tylko osoba niepełnoletnia:**

Imię i nazwisko ojca/opiekuna: .....

Imię i nazwisko matki: .....

Adres rodziców (opiekunów), nr telefonów oraz e-mail:  
.....  
.....

### **Oświadczenie dotyczące treści zgłoszenia**

Zgodnie z art. 150 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900 z późn. zm.) oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego zeznania.

Gdańsk, .....

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego

kandydata

#### **Załączniki :**

- Świadectwo ukończenia szkoły średniej
- Orzeczenie o niepełnosprawności, opinia poradni specjalistycznej – jeśli dotyczy
- Dokument potwierdzający szczególny status kandydata - jeśli dotyczy (niepełnosprawność dziecka kandydata, niepełnosprawność innej bliskiej osoby nad którą kandydat sprawuje opiekę, wielodzietność rodziny, samotne wychowywanie dziecka)
- 1 zdjęcie 3,5 x 4,5 cm podpisane na odwrocie (do legitymacji dla osób do 24 r.ż.)
- koszulka biurowa na dokumenty

## **Klauzula informacyjna dla kandydatów na Słuchaczy Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Gdańsku**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Gdańsku, Al. Gen. J. Hallera 17, 80-401 Gdańsk.
2. Przedstawicielem Administratora jest Dyrektor Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Gdańsku, p. Alina Nadgórska, kontakt: [a.nadgorska@medyk.gda.pl](mailto:a.nadgorska@medyk.gda.pl)
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym w Szkole w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw – email: [iod@medyk.gda.pl](mailto:iod@medyk.gda.pl) oraz pisemnie na adres siedziby Administratora w pkt.1.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych są przepisy prawa.
5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji do szkoły oraz realizacji zadań związanych z Pani/Pana kształceniem w Pomorskiej Medycznej Szkole Policealnej w Gdańsku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c, e) RODO, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, zgodnie z Ustawą Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r., Ustawą z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, Ustawą o systemie informacji oświatowej oraz udzielonej przez Panią/Pana zgody np. wizerunek.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów prawa.  
Po zakończeniu przetwarzania danych osobowych w pierwotnym celu, dane będą przechowywane przez okres określony ustawowo, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną funkcjonującą w szkole, a także, gdy będzie miało to zastosowanie - do momentu odwołania Pani/Pana zgody.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być m.in. firmy świadczące obsługę prawną, instytucje współpracujące ze szkołą w ramach realizacji praktyk i staży, organizacje współpracujące z Administratorem w ramach realizacji założeń statutowych Szkoły. Ponadto dane będą przekazywane do instytucji państwowych, co wynika bezpośrednio z realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
8. Posiadam Pani/ Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu realizacji w/w praw należy skontaktować się z Naszym Inspektorem Ochrony Danych. Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale wymagane przez przepisy prawa. Odmowa podania danych będzie skutkować odrzuceniem mojego wniosku oraz nieprzyjęciem do szkoły.
10. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych poza teren Unii Europejskiej lub do organizacji międzynarodowych.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego/

pełnoletniego kandydata

## ANKIETA DO CELÓW INFORMACYJNYCH PMSP w Gdańsku

Z jakich źródeł informacji dowiedział się Pan/Pani o ofercie edukacyjnej PMSP?  
Można wybrać dowolną ilość odpowiedzi.

*(zaznaczanie poprzez znak X)*

– informacje od znajomych, rodziny	<input type="checkbox"/>
– informacje od absolwentów PMSP w Gdańsku	<input type="checkbox"/>
– strona internetowa szkoły	<input type="checkbox"/>
– portal społecznościowy FB	<input type="checkbox"/>
– Trójmiejska Mapa Akademicka (np., newslettery w dzienniku elektronicznym w szkole średniej)	<input type="checkbox"/>
– Dni Otwarte w PMSP w Gdańsku	<input type="checkbox"/>
– materiały informacyjne PMSP w Gdańsku (ulotki, banery informacyjne)	<input type="checkbox"/>
– w inny sposób (podaj jaki?)	