

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 maksymalnie 3 kierunki oraz różne tryby nauki przy każdym kierunku wpisując obok krzyżyka X cyfry od 1 do 3 określające preferencje wyboru

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	☐			5 semestrów (2,5 roku)
Technik Masażysta	☐	☐		4 semestry (2 lata)
Technik Usług Kosmetycznych	☐	☐	☐	4 semestry (2 lata)
Higienistka Stomatologiczna	☐	☐		4 semestry (2 lata)
Opiekunka Dziecięca	☐	☐	☐	4 semestry (2 lata)
Terapeuta Zajęciowy	☐	☐		4 semestry (2 lata)
Opiekun Medyczny [MED.14]	☐	☐		3 semestry (1,5 roku)
Asystentka Stomatologiczna	☐	☐		2 semestry (1rok)
Technik Sterylizacji Medycznej	☐	☐	☐	2 semestry (1rok)
Ortoptystka	☐			4 semestry (2 lata)
Asystent Osoby Niepełnosprawnej	☐	☐	☐	2 semestry (1rok)
Opiekun Osoby Starszej	☐	☐	☐	4 semestry (2 lata)
Technik Ortopeda	☐	☐		4 semestry (2 lata)
Opiekunka Środowiskowa	☐	☐	☐	2 semestry (1rok)
Opiekun w Domu Pomocy Społecznej	☐	☐	☐	4 semestry (2 lata)
Protetyk Słuchu	☐	☐	☐	4 semestry (2 lata)
Technik Dentystyczny	☐			5 semestrów (2,5 roku)
Podolog	☐	☐		4 semestry (2 lata)
Technik Elektroradiolog	☐			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 domunr lokalu.....
- Województwopowiat
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. **Dane, które wypełnia tylko osoba niepełnoletnia:**
Imię i nazwisko ojca/opiekuna:
Imię i nazwisko matki:
Adres rodziców (opiekunów), nr telefonów:
.....
.....
12. Rok ukończenia i nazwa ukończonej szkoły oraz adres:
.....
13. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (nazwisko, telefon)
.....

Oświadczenie dotyczące treści zgłoszenia

Zgodnie z art. 150 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 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 - oryginał
- ☐ 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)
- ☐ aktualne zdjęcie w formacie jpg, twarz od przodu, nie bokiem; przesłane na adres sekretariat@medyk.gda.pl
- ☐ koszulka biurowa na dokumenty
- ☐ osoby, którym udzielono zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz osoby, dla których uprawnienie takie wynika z umów międzynarodowych mają obowiązek przedłożenia certyfikatu znajomości języka polskiego, o którym mowa w art. 11a ust. 2 ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz. U. z 2024 r. poz. 1556 oraz z 2025 r. poz. 622), co najmniej na poziomie biegłości językowej B1.

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
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym w Szkole w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw – email: iod@medyk.gda.pl oraz pisemnie na adres siedziby Administratora w pkt.1.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a) Przeprowadzenia procesu rekrutacji do szkoły,
 - b) Wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) Art. 6 ust 1 lit. c) RODO (wypełnienie obowiązku prawnego) oraz art. 6 ust 1 lit. e) RODO (wypełnienie zadania realizowanego w interesie publicznym) w związku z art. 130-164 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe
 - b) art. 6 ust 1 lit. a) RODO – zgoda – w przypadku przetwarzania danych wykraczających poza zakres wynikający z przepisów prawa.
 - c) Jeżeli w toku rekrutacji wymagane jest przedstawienie zaświadczeń lekarskich/ orzeczeń o niepełnosprawności/ opinii z PPP – podstawą przetwarzania danych dotyczących zdrowia będzie art. 9 ust 2 lit. b) RODO w związku z przepisami prawa oświatowego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędnych realizacji w jakim zostały zebrane, a następnie przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności zgodnie z przepisami o archiwizacji oraz obowiązującą w szkole instrukcją kancelaryjną.
7. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – do momentu jej cofnięcia, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed cofnięciem.
8. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa (w szczególności organy administracji publicznej).
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do; dostępu do danych osobowych, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania (w przypadkach przewidzianych prawem), cofnięcia zgody w dowolnym momencie – w zakresie danych przetwarzanych na podstawie zgody.
10. Ponadto, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uważa Pan/Pan, że dane osobowe są przetwarzane w sposób nieprawidłowy.
11. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z przepisów prawa jest obowiązkowe i niezbędne do udziału w procesie rekrutacji. Niepodanie danych wymaganych przepisami prawa skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku o przyjęcie do szkoły.
12. Podanie danych wykraczających poza zakres wymagany przepisami prawa jest dobrowolne.
13. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych
14. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą podlegały profilowaniu.

.....
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	☐
– informacje od absolwentów PMSP w Gdańsku	☐
– strona internetowa szkoły	☐
– portal społecznościowy FB	☐
– Trójmiejska Mapa Akademicka (np., newslettery w dzienniku elektronicznym w szkole średniej)	☐
– Dni Otwarte w PMSP w Gdańsku	☐
– materiały informacyjne PMSP w Gdańsku (ulotki, banery informacyjne)	☐
– w inny sposób (podaj jaki?)	