



PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

szkołę wybieram jako: ☐ pierwszą, ☐ drugą, ☐ trzecią

Proszę o przyjęcie mnie do klasy Technikum (zaznacz właściwą szkołę):

Technikum Medyczne „MEDICA” w Stargardzie

Zawód:

☐ Technik weterynarii

W przypadku braku naboru na wybrany przeze mnie zawód, proszę o przyjęcie do Technikum Fryzjerskiego „MEDICA” w Stargardzie w zawodzie: Technik usług fryzjerskich.

Technikum Fryzjerskie „MEDICA” w Stargardzie

Zawód:

☐ Technik usług fryzjerskich

W przypadku braku naboru na wybrany przeze mnie zawód, proszę o przyjęcie do Technikum Medycznego „MEDICA” w Stargardzie w zawodzie: Technik weterynarii.

JĘZYK OBCY (kontynuacja języka z szkoły podstawowej)

Język obcy, którego chciałbyś/abyś się uczyć

(poziom **początkujący** lub **kontynuacja**)

DANE OSOBOWE KANDYDATA

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)

2. DATA I MIEJSCE URODZENIA

3. OBYWATELSTWO

4. ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA (kod pocztowy) (miejscowość)

(ul. nr domu i mieszkania)

5. ADRES DO KORESPONDENCJI (kod pocztowy) (miejscowość)

(ul. nr domu i mieszkania)

6. TELEFON (stacjonarny) (0-.....)

7. (komórkowy) 0

8. ADRES e-mail:

9. Osiągnięcia ucznia:

.....

.....

10. Zainteresowania ucznia:

.....

.....

Skąd dowiedziałeś się o Medice?*

**Prosimy o zaznaczenie przynajmniej jednej odpowiedzi*

- ☐ prasa ☐ radio ☐ baner reklamowy ☐ plakaty ☐ informatory zewnętrzne ☐ ulotki i inserty ☐ targi edukacyjne ☐ wizyta w szkole
☐ warsztaty z Medici w szkole ☐ znajomi / absolwenci ☐ strona www.medica.edu.pl ☐ strona internetowa (inna) ☐ ulotka w skrzynce pocztowej
☐ Facebook ☐ inne źródła

DANE OSOBOWE RODZICÓW – PRAWNYCH OPIEKUNÓW

1. IMIĘ I NAZWISKO MATKI (prawnej opiekunki)

Nr dowodu osobistego: PESEL:

Adres do korespondencji:

Nr telefonu: e-mail:

Nazwa i adres zakładu pracy:

Telefon do zakładu pracy:

2. IMIĘ I NAZWISKO OJCA (prawnego opiekuna)

Nr dowodu osobistego: PESEL:

Adres do korespondencji:

Nr telefonu: e-mail:

Nazwa i adres zakładu pracy:

Telefon do zakładu pracy:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i otrzymywanie treści marketingowych.

☐ Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji do szkoły i po jej zakończeniu.

☐ Wyrażam zgodę na przesłanie przez Collegium Medyczne „Medica” s.c. Anna Wasilek, Grzegorz Wasilek treści marketingowych i informacji handlowej, o której mowa w art. 10 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, w tym informacji o działalności MEDICA s.c. oraz partnerów MEDICA s.c.

☐ Wyrażam zgodę na używanie przez Collegium Medyczne „Medica” s.c. Anna Wasilek, Grzegorz Wasilek telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem (w tym m.in. e-mail, SMS oraz innych form komunikacji elektronicznej) dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydata/rodzica/ opiekuna prawnego

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r.), zwanego dalej RODO MEDICA. Collegium Medyczne, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informuje o zasadach przetwarzania danych osobowych Uczniów/Rodziców/Prawnych Opiekunów oraz o przysługujących prawach z tym związanych, a w szczególności o tym, że:

1. Administratorem Pana / Pani danych osobowych lub Pana/ Pani dzieci są Wspólnicy – Anna Wasilek i Grzegorz Wasilek działający w ramach spółki cywilnej pod nazwą **Collegium Medyczne „Medica” s.c. Anna Wasilek, Grzegorz Wasilek, ul. ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard** (zwanym dalej MEDICA).
2. Podstawą przetwarzania danych osobowych Uczniów/ Rodziców/Prawnych Opiekunów pozyskanych przez MEDICA jest umowa o świadczenie usług, a także prawnie uzasadnione interesy realizowane przez MEDICA. W przypadku, gdy podstawą przetwarzania danych jest zgoda, MEDICA informuje, że zgoda może zostać w każdym momencie wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na ważność przetwarzania, które miało miejsce przed cofnięciem zgody.
3. Celem, dla którego MEDICA przetwarza dane osobowe jest zawarcie i realizacja umów związanych z działalnością MEDICA. Celem przetwarzania jest również m.in. realizacja prawnie uzasadnionych interesów przez MEDICA. Ponadto, celem przetwarzania danych osobowych przez MEDICA jest:
 - a. dochodzenie ewentualnych roszczeń w związku z poniesioną przez MEDICA szkodą wyrządzoną przez osobę, której dane są przetwarzane, a także ewentualnie inne sprawy dochodzone na drodze polubownej lub sądowej,
 - b. udokumentowanie wykonania umów do celów podatkowych,
 - c. zapewnienie najwyższej jakości umów.
4. Dane osobowe:
 - a. kandydatów nieprzyjętych przetwarzane będą przez MEDICA przez okres jednego roku od dnia zakończenia rekrutacji,
 - b. pozyskane w związku z zawartą umową będą przetwarzane przez MEDICA przez okres przedawnienia roszczeń podatkowych lub roszczeń cywilnoprawnych lub osoby, której dane są przetwarzane, w zależności które z tych zdarzeń nastąpi później,
 - c. pozyskane w związku z realizacją prawnie uzasadnionego interesu przez MEDICA są przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa,
 - d. pozyskane w związku z realizacją innych celów są przetwarzane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu.
5. MEDICA przekazuje następującym kategoriom podmiotów, tj.:
 - a. osobom upoważnionym przez nas, naszym pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki,
 - b. podmiotom przetwarzającym, którym zlecimy i zawrzemy umowę na przetwarzanie Pana/Pani danych zgodnie z procesem kształcenia,
 - c. firmom świadczącym usługi wsparcia IT IBI sp. z o.o. oraz dostarczającym oprogramowanie informatyczne,
 - d. kancelariom prawniczym świadczącym usługi doradztwa prawnego i zastępstwa procesowego,
 - e. organom kontrolnym,
 - f. innym administratorom danych przetwarzającym Pana/Pani dane we własnym imieniu: podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską oraz podmiotom prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze), w celu dokonania zwrotów na Pana/Pani rzecz.
6. Posiada Pan/ Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania (poprawiania), usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do zapomnienia, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) o ile nie stanowią inaczej aktualne przepisy prawa. Dostęp do danych możliwy jest w siedzibie MEDICA. MEDICA udostępni adres e-mail iod@medica.edu.pl, za pomocą którego można kontaktować się w sprawie danych osobowych.
7. Każda osoba, której dane są przetwarzane przez MEDICA ma prawo wniesienia skargi do do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem procesu rekrutacji i kształcenia, a także jest warunkiem zawarcia umowy i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania, a o których mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Oznacza to, że żadne decyzje nie zapadają automatycznie oraz że nie buduje się żadnych profili.
10. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza Unię Europejską) lub organizacji międzynarodowej.

.....
miejscowość, data

.....
podpisy rodziców – opiekunów

.....
podpis kandydata

ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo będącego (będącej) pod moją opieką prawną syna /córkę/wychowanka/*.....

(imię i nazwisko)

w Technikum Medycznym „MEDICA” w Stargardzie/ Technikum Fryzjerskim „MEDICA” w Stargardzie oraz zobowiązuję się do przestrzegania przez niego (nią) obowiązków wynikających z uczestnictwa w Technikum Medycznym „MEDICA” w Stargardzie/ Technikum Fryzjerskim „MEDICA” w Stargardzie*

**zakreśl właściwe*

.....
miejscowość, data

.....
podpisy rodziców – opiekunów

Do podania należy załączyć n/w dokumenty:

- ☐ Oryginał lub odpis świadectwa ukończenia ośmioletniej szkoły podstawowej
- ☐ Zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty (donieść po ukończeniu szkoły)
- ☐ Aktualna fotografia (podpisana na odwrocie)
- ☐ Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu
- ☐ Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, dla których jest wymagane prawo jazdy kategorii B *
- ☐ Opinia lub orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej (dokument wymagany w przypadku wystąpienia potrzeby kształcenia specjalnego, bądź w przypadku wystąpienia obniżonych wymagań edukacyjnych)
- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności (dokument wymagany w przypadku wystąpienia potrzeby kształcenia specjalnego, bądź w przypadku wystąpienia obniżonych wymagań edukacyjnych oraz dla kandydatów na kierunek technik masażysta)
- ☐ Karta zdrowia

Podpis pracownika szkoły przyjmującego podanie:

Załączniki (wypełnia szkoła):

Rodzaj załącznika	Podpis osoby przyjmującej	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata (data i podpis)	Uwagi
świadectwo/odpis ukończenia ośmioletniej szkoły podstawowej			
zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kształcenia w zawodzie			
orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, dla których jest wymagane prawo jazdy kategorii B *			
fotografia			
Zgoda rodziców/ Opiekunów prawnych (dotyczy osób niepełnoletnich)			
Karta zdrowia			

**dotyczy zawodu: Technik weterynarii*