

ACADEMIA. NIEPUBLICZNA MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA w LUBLINIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYM LITERAMI

Nazwisko																				
Imiona																				
Nazwisko rodowe																				
Nazwiska i imiona rodziców		Nazwisko i imię ojca									Nazwisko i imię matki									
Data i miejsce urodzenia																				
Adres stały	Kod, miejscowość				-															
	Ulica, nr																			
Adres do korespondencji	Kod, miejscowość				-															
	Ulica, nr																			
Dane kontaktowe		Nr telefonu									Adres e-mail									
Seria i nr dowodu osobistego																				
PESEL																				
Wykształcenie/ ukończona szkoła średnia																	rok ukończenia			
Miejsce pracy	Nazwa																			
	Adres																			

KIERUNEK	
-----------------	--

System dzienny

System popołudniowy

System weekendowy

Miejscowość i data	Podpis
--------------------	--------

Wyrażam zgodę na gromadzenie, udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię. Niepubliczną Medyczną Szkołę Policealną w Lublinie w celach organizacyjnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Miejscowość i data	Podpis
--------------------	--------

Załączniki:

1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej – oryginał
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w zawodzie wydane przez lekarza medycyny pracy (po uprzednim otrzymaniu skierowania ze szkoły)
3. 2 zdjęcia