

DYREKTOR
Medycznego Studium Zawodowego im. Władysławy Szoc w Chełmie

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie na kierunek kształcenia:

(Tabela zawiera proponowane kierunki i formy kształcenia w roku szkolnym 2015/2016 - białe pola w poniżej tabeli. Należy dokonać wyboru zaznaczając krzyżykiem "X" co najmniej jedno pole w kolumnach "Wybór podstawowy". Uruchomienie wskazanego kierunku kształcenia jest uzależnione od liczby chętnych. Kandydaci, którzy dopuszczają możliwość nauki na innym kierunku zaznaczają dodatkowo pola dla kolumn Wybór dodatkowy 1 i 2.)

Kierunek kształcenia	Cykl kształcenia (lata)	Wybór podstawowy			Wybór dodatkowy 1			Wybór dodatkowy 2		
		Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne	Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne	Kształcenie stacjonarne dla młodzieży	Kształcenie stacjonarne dla dorosłych	Kształcenie zaoczne
Higienistka stomatologiczna	2									
Opiekunka dziecięca	2									
Opiekun medyczny	1									
Opiekun osoby starszej	2									
Technik elektroniki i informatyki medycznej	2									
Technik dentystyczny	2,5									
Technik farmaceutyczny	2									
Technik masażysta	2									
Technik sterylizacji medycznej	1									
Technik usług kosmetycznych	2									
Terapeuta zajęciowy	2									

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko _____ Imiona _____

2. Nazwisko panieńskie _____

3. Data i miejsce urodzenie (dzień/miesiąc/rok) _____

gmina _____, powiat _____, województwo _____

4. Adres zamieszkania: kod _____, poczta _____, miejscowość _____
ulica _____, nr domu _____, nr mieszkania _____
województwo _____, telefon _____, e-mail _____

rodzaj miejscowości (zaznaczyć właściwe) wieś, miasto do 5 tyś., miasto powyżej 5 tyś.

5. Pesel

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

 Seria i nr dowodu osobistego _____
wydany przez _____
stan cywilny _____, narodowość _____, obywatelstwo _____

6. Ojciec: Nazwisko _____, Imiona _____
tel.kontaktowy _____

7. Matka: Nazwisko _____, Imiona _____
tel.kontaktowy _____

8. Opiekun prawny Nazwisko _____, Imiona _____
tel.kontaktowy _____

9. Nazwa ukończonej szkoły średniej _____
rok ukończenia szkoły średniej _____

ZAŁĄCZNIKI

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej.
2. Trzy fotografie (z imieniem i nazwiskiem na odwrocie).
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata.
5. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.
6. Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic) nad którą kandydat sprawuje opiekę.
7. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata.

Podstawa prawna:

Ustawa o systemie Oświaty z 7 września 1991r. z późn. zm. -Rozdział 2a: Przyjmowanie do publicznych przedszkoli innych form wychowania przedszkolnego, publicznych szkół i publicznych placówek.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 lutego 2004r. w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do szkół publicznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (Dz. U.Nr 26, poz. 232 z późn. zmianami).

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Władysławy Szoc w Chełmie (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami) Wyrażam zgodę na bezpłatne użycie i rozpowszechnianie mojego wizerunku na materiałach reklamujących szkołę.

_____, _____ r. _____
miejscowość data podpis kandydata

