

TECHNIKUM W NIDZICY ul. BARKE 2

tel. 89 625 75 44 nidzica@wmzdz.pl www.szkolanidzica.pl

ZAPRASZMY DO KSZTAŁCENIA

TECHNIKUM USŁUG FRYZJERSKICH

przedmioty rozszerzone: język angielski i geografia



- OTRZYMASZ STYPENDIUM szkolne za wysokie wyniki w nauce **1000 zł** rocznie
- OTRZYMASZ LAPTOP / TABLET – do nauki

ZDOBĘDZIESZ / BEZPŁATNIE/ UPRAWNIENIA:

- kurs prawa jazdy
- kurs manicure
- kursy wizażu
- upięcia okolicznościowe
- międzynarodowe prawo jazdy komputerowe z certyfikatem ECDEL, kursy komputerowe

Oferujemy zakwaterowanie w internacie

- *kierunek na doskonałość*

NIDZICA, ul. BARKE 2
tel. 89 625 75 44 nidzica@wmzdz.pl www.szkolanidzica.pl

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nidzica, dnia

Dyrektor
Technikum w Nidzicy
ul. Barke 2
13-100 Nidzica

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do **TECHNIKUM w Nidzicy** do klasy pierwszej w roku szkolnym 2020/2021 kształcącego w zawodzie:

technik usług fryzjerskich

Formularz Danych Dziecka/Podopiecznego

| | Lp. | Nazwa | Pola do wypełnienia/zaznaczenia | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|--|--|---|--|-------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Dane podstawowe | 1 | Imię/imiona | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | Miejsce urodzenia (miasto i województwo) | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | PESEL | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Imiona rodziców | imię ojca: | | | | | imię matki: | | | | | | | |
| Dane kontaktowe | 7 | Adres zamieszkania ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod gmina, powiat | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | |
| | | | ulica i numer domu: | | | | | | | | | | | | |
| | | | kod i poczta: | | | | | | | | | | | | |
| | | | gmina: | | | | | powiat: | | | | | | | |
| | 8 | Telefon | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Adres poczty elektronicznej | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacje dodatkowe | 10 | Nauka języka obcego (do wyboru) | <input type="checkbox"/> j. angielski | | | <input type="checkbox"/> j. niemiecki | | | | <input type="checkbox"/> j. rosyjski | | | | | |
| | 11 | Deklaracja udziału w nieobowiązkowych zajęciach (do wyboru) | <input type="checkbox"/> nie | | | Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot: <input type="checkbox"/> religia <input type="checkbox"/> etyka | | | | | | | | | |
| | 12 | Osoba z dysfunkcjami ¹ (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie) lub opinię z P.P-P | <input type="checkbox"/> tak | | | <input type="checkbox"/> nie | | | | | | | | | |

¹ Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole.

Formularz Danych Rodziców/Opiekunów prawnych

| | L.p. | Dane Rodzica/Opiekuna prawnego | | |
|------------------------|-----------------------------|--|---------------------|--|
| Dane kontaktowe | 1 | Imię | | |
| | 2 | Nazwisko | | |
| | 3 | Adres zamieszkania ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod | miejscowość: | |
| | | | ulica i numer domu: | |
| | | | kod i poczta: | |
| 4 | Telefon | | | |
| 5 | Adres poczty elektronicznej | | | |

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

Oświadczam, że zapoznałem się z „**Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ**”, w tym, że administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego, jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe oraz dane mojego dziecka/podopiecznego będą przetwarzane w celu rekrutacji do Szkoły i podpisania umowy o naukę oraz do celów związanych z nauką w szkole, w tym między innymi do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych przez uprawnione do tego instytucje. Dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana jako rodzica/opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego należących do szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.

- TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali dane mojego dziecka/podopiecznego należące do szczególnych kategorii
- NIE

.....
Podpis dziecka/podopiecznego

.....
Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

Załączniki:

1. 2 fotografie (podpisane na odwrocie)
2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu
3. karta zdrowia ucznia
4. świadectwo ukończenia szkoły (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
5. zaświadczenie OKE o wynikach egzaminu (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
6. Opinia lub orzeczenie P.P-P o niepełnosprawności lub dysfunkcji