



## Akademyckie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku

ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, pok. 7 (sekretariat)

tel. +48 74 56 476, kom. 609 111 866

www.liceum.wsmmed.pl e-mail: lo.med@wsmmed.pl

Data wpływu: .....

### KWESTIONARIUSZ

do Akademyckiego Medycznego Liceum Ogólnokształcącego na profil:

Właściwy profil proszę zaznaczyć „x”.

- PIELĘGNIARSTWO** (przedmioty rozszerzone: j. angielski, chemia i biologia)
- RATOWNICTWO MEDYCZNE** (przedmioty rozszerzone: j. angielski, chemia i biologia)
- FIZJOTERAPIA** (przedmioty rozszerzone: j. angielski, chemia i biologia)
- KOSMETYKA** (przedmioty rozszerzone: j. angielski, chemia i biologia)

Wybieram naukę następującego języka obcego .....

/ do wyboru język rosyjski lub niemiecki /

### KANDYDAT

Podanie proszę wypełnić drukowanymi literami.

1. Nazwisko: ..... Imiona: .....
2. Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....  
woj.: ..... kraj: .....
3. PESEL: ..... Obywatelstwo: .....
4. Nr tel. kandydata: ..... Adres e-mail kandydata: .....
5. Imię i nazwisko matki: .....  
Imię i nazwisko ojca: .....
6. Adres zamieszkania kandydata: .....  
gmina: ..... powiat: ..... województwo: .....

## RODZICE / OPIEKUNOWIE

1. Dodatkowe dane do kontaktu z rodzicami /opiekunami:

nr tel. matki/opiekuna \* .....

adres do korespondencji:.....

.....

nr tel. ojca /opiekuna \* .....

adres do korespondencji: .....

.....

Do podania dołączam: (proszę zaznaczyć „x”)

1.  zaświadczenie o egzaminie z OKE
2.  świadectwo ukończenia szkoły podstawowej
3.  2 zdjęcia (z tyłu zdjęcia proszę napisać imię i nazwisko)

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Administratorem Danych Osobowych jest Akademickie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku, ul. Krakowska 9,15-875 Białystok, tel.+487456476, e-mail: ado@wsmed.pl; kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: iod@wsmed.pl

.....  
podpis kandydata

.....  
podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka do celów związanych z rekrutacją przez Akademickie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku, ul. Krakowska 9, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru .

.....  
podpis kandydata

.....  
podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przesyłanie przez Akademickie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....  
podpis kandydata

.....  
podpis rodzica/opiekuna

\* - niepotrzebne skreślić