



**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:

PODANIE

**Proszę o przyjęcie mnie 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)

Podbudowa programowa:

- Gimnazjum
- Szkoła podstawowa

KANDYDAT

Podanie proszę wypełnić literami drukowanymi.

1. Nazwisko: Imiona
2. Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
woj.: kraj:
3. PESEL:
4. Imię i nazwisko matki :
Imię i nazwisko ojca :
5. Obywatelstwo:
6. Nr tel. ucznia
7. Adres: ulica: nr domu:
kod pocztowy: miejscowość: kraj:



**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

8. Dodatkowe dane do kontaktu z rodzicami :

nr tel. rodzica

adres do korespondencji: ulica: nr domu:

kod pocztowy: miejscowość:

Wybieram naukę następującego języka obcego

/ do wyboru język rosyjski lub niemiecki /

Do podania dołączam: (proszę zaznaczyć „x”)

1. zaświadczenie o egzaminie z OKE
2. świadectwo ukończenia gimnazjum
3. 2 zdjęcia
4. karta zdrowia

.....
podpis kandydata

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i mojego dziecka danych osobowych przez Akademyckie 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 a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania w celu realizacji toku kształcenia. Administratorem danych osobowych jest Akademyckie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel.+48 74 56 476, e-mail: lo.med@wsmmed.pl

.....
miejscowość i data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Akademyckie 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.

.....
miejscowość i data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Skąd dowiedziałaś/eś się o Akademyckim Medycznym Liceum Ogólnokształcącym:

- Internet: www.wsmmed.edu.pl
- Internet: www.bialystokonline.pl
- prasa
- znajomi
- reklama
- inne]



**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**

Zgoda na przetwarzanie danych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka podanych w Podaniu Rekrutacyjnym, przez **Akademyckie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku, ul. Krakowska 9**, w celu świadczeń opiekuńczo-wychowawczych i realizowania zadań oświatowych wymienionych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe, na podstawie art. 14 ust 1.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że w każdej chwili mam możliwość wycofania wyrażonej zgody, a wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

miejsceowość i data

podpis rodzica/opiekuna

podpis rodzica/opiekuna

Zgoda od rodziców/opiekunów prawnych na przetwarzanie ich danych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych w Podaniu Rekrutacyjnym dziecka, przez **Akademyckie Medyczne Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku, ul. Krakowska 9**, w celu świadczeń opiekuńczo-wychowawczych i realizowania zadań oświatowych wymienionych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe, na podstawie art. 14 ust 1.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że w każdej chwili mam możliwość wycofania wyrażonej zgody, a wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

miejsceowość i data

podpis rodzica/opiekuna

podpis rodzica/opiekuna