.......................................………

( imię i nazwisko )

..................................................

(adres )

………………………………………………

Dyrektor

Szkoły Policealnej

Techniki Dentystycznej

w Łodzi

90-368 Łódź,

Al. Piłsudskiego 159

Proszę o przyjęcie do Szkoły Policealnej Techniki Dentystycznej w Łodzi w roku szkolnym………………………… na kierunek:

* technik dentystyczny
* higienistka stomatologiczna
* asystentka stomatologiczna
* opiekun medyczny\*
* technik sterylizacji

..........................................

(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

**Dane kandydata:**

1.Nazwisko: …………………………………………………………………………………..

2.Nazwisko panieńskie dla mężatek: ………………………………………………………

3.Imiona:

1. ..........................................................

2. ...........................................................

4.Data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………

5.Pesel:........................................., seria i nr dowodu osobistego:...............................

6.Adres stałego zamieszkania:…………………………………………………………….

7.Adres mailowy: ……………………………………………………………………………..

8.Telefon:........................................................................................................................

9.Ukończona szkoła średnia / nazwa szkoły i data /.....................................................

……………………………………………………………………………………………...

10.Rodzice lub opiekunowie:

imię: ojca.......................................................

matki......................................................

(czytelny podpis)

Załączniki:

1.Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał);

2.3 fotografie: 2 zdjęcia format - 37 x 52 mm; 1 zdjęcie format - 30 x 42 mm

3.Zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania

zawodu;

4.Karta szczepień (WZW)

5.Dokumenty dodatkowe:

a) oświadczenie o wielodzietności rodziny

b) oświadczenie o niepełnosprawności

c) oświadczenie o niepełnosprawności dziecka

d) oświadczenie o niepełnosprawności bliskiej osoby nad którą kandydat sprawuje opiekę

e) samotne wychowywanie dziecka przez kandydata

Oświadczam, że:

1. wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i jestem świadoma/y
2. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,
3. niezwłocznie powiadomię dyrektora szkoły o zmianie danych zawartych we wniosku,

.....................................................

(czytelny podpis)

Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679  
 z 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 (dalej RODO) (Dz. Urz. UE L 2016.119.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji. ..................................................

( czytelny podpis kandydata)

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Policealnej Szkole Techniki Dentystycznej w Łodzi**W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informuję iż - zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO) informuję, że:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Policealna Techniki Dentystycznej w Łodzi ul. Piłsudskiego 159, 92-332 Łódź reprezentowana przez Dyrektora.

2.Inspektorem ochrony danych osobowych w Policealnej Szkole Techniki Dentystycznej w Łodzi jest Tomasz Kardas. Kontakt pod adresem e-mail [inspektor.od.sptd@gmail.pl](mailto:inspektor.od.sptd@gmail.pl)

3.Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, Ustawy z dn. 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r., poz. 1148 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2019 r., poz. 1481 z późn. zm.) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce.

4.Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b,c oraz art. 9 ust. 2 lit. b– ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:  
– rekrutacji słuchaczy do szkoły;  
– przetwarzania niezbędnego do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;  
– w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

5.Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.

6.Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres wymagany przez przepisy prawa.

7.Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych

8.Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9.Podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym i wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

10.Pani/Pana danych osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

………………………… … ………..…………………………….  
(miejscowość, data) (czytelny podpis )

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1) oraz art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych wyrażam zgodę na przetwarzanie i nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Szkołę Policealną Techniki Dentystycznej w Łodzi, z siedzibą 90-358 Łódź, Al. Piłsudskiego 159 , zwane dalej Szkołą, zarejestrowanego podczas pobytu w Szkole lub podczas wycieczek, uroczystości organizowanych przez Szkołę, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Wykorzystanie wizerunku ma na celu promowanie działalności Szkoły oraz osiągnięć i umiejętności jej słuchaczy oraz nauczycieli. Zgoda dotyczy wizerunku zarejestrowanego w czasie pobytu słuchacza w Szkole. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i jednoznaczne z tym, iż zdjęcia mogą zostać umieszczone w gablotach, kronikach, w materiałach promocyjnych oraz na stronie internetowej Szkoły [www.tech-dent.lodz.pl](http://www.tech-dent.lodz.pl/) . Wiem, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę oraz przyjmuję do wiadomości, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. ..................................................

( data i czytelny podpis kandydata)

wypełnia szkoła

**Potwierdzam przyjęcie dokumentów**

………… ………………

(data) (czytelny podpis)

**Odbiór dokumentów**

Oświadczam, że odebrałem(am) komplet dokumentów.

Łodź, dnia ...................................... r. ………………………

(czytelny podpis )