

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA  
W BEZPŁATNYM KWALIFIKACYJNYM KURSIE ZAWODOWYM**

**UWAGA: WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy z zakresu kwalifikacji:

.....  
nazwa i oznaczenie kwalifikacji

organizowany w formie **zaocznej**

<b>1. Nazwisko</b>	<b>Imię (imiona)</b>
--------------------	----------------------

**2. Imiona rodziców** .....

**3. Data urodzenia** ..... **miejsce urodzenia** .....

**4. PESEL**

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

**5. Adres zameldowania (dokładny adres z kodem pocztowym)**  
.....  
.....

**Miejscowość zameldowania: miasto powyżej 5 tys. / miasto do 5 tys. / wieś\***

**6. Adres do korespondencji (wpisać w przypadku, gdy jest inny niż adres zameldowania)**  
.....  
.....

**7. Numer telefonu stacjonarnego** ....., **komórkowego** .....,  
**E-mail** .....

**8. Wykształcenie:** podstawowe....., gimnazjalne ....., zawodowe ....., średnie ....., inne .....

**9. Nazwa ostatnio ukończonej szkoły**.....  
..... **rok ukończenia** .....

**10. Dowód osobisty:** seria ....., numer ....., wydany przez .....

lub **inny dowód tożsamości:** rodzaj ....., seria ....., numer .....

**11. Osoba:** pełnosprawna\*/niepełnosprawna\* (nr orzeczenia o niepełnosprawności)  
.....

W przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym – **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych przez szkołę** oraz organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....  
**data i podpis osoby składającej**

**Załączniki:** ..... świadectwo ukończenia ostatniej szkoły lub zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego – xero  
..... kserokopia dowodu osobistego  
..... zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kształcenia się w zawodzie

\* **niepotrzebne skreślić**



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(pesel)

.....  
(e-mail)

.....  
(telefon)

## **OŚWIADCZENIE**

### **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art.23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016, poz.922) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania dostępu do informacji zawartych w dzienniku elektronicznym.

Przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania. Dane podaję dobrowolnie. Dane podaję na czas nauki mojego dziecka:

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

Administratorem danych osobowych jest:

**CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO i USTAWICZNEGO NR 2**  
**UL.SMOLEŃSKA 5/7, 80-058 GDAŃSK**  
(nazwa szkoły)

Gdańsk, dnia .....

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA  
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE DO CKZiU Nr 2  
w Gdańsku, ul. Smoleńska 5/7**

.....

Nazwisko i imię kandydata

.....

PESEL kandydata

Po zapoznaniu się z wymogami kształcenia zawodowego w danym zawodzie, zobowiązuję się do zgłoszenia w wyznaczonym terminie na badania do lekarza Medycyny Pracy wskazanego przez szkołę, celem uzyskania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w zawodzie (art. 20 t. p. 4e Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. - Dz. U. z 2016 r. poz. 1943, 1954, 1985 i 2169 oraz z 2017 r. poz. 60).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że w przypadku niewykonania ww. badań, nie będę mógł/mogła podjąć nauki w wybranym zawodzie w CKZiU Nr 2 w Gdańsku.

.....

Podpis kandydata

.....

Podpis Rodzica (prawnego opiekuna)