

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ROK SZKOLNY 2024/2025
TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić CZYTELNE DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE KANDYDATA				
NAZWISKO		IMIONA		
NAZWISKO PANIEŃSKIE	DATA I MIEJSCE URODZENIA			
	D	M	R	
ADRES ZAMELDOWANIA				
Ulica	Nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
			- - - -	
Gmina	Powiat		Województwo	
ADRES DO KORESPONDENCJI				
Ulica	Nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
			- - - -	
Gmina	Powiat		Województwo	
PESEL				
W przypadku braku, proszę wpisać serię i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Wydany przez:			Data wydania:	
NARODOWOŚĆ		OBYWATELSTWO		
KONTAKT				
Telefon		Adres e-mail		
RODZICE/PRAWNI OPIEKUNOWIE				
Imię ojca/opiekuna prawnego		Imię matki/opiekuna prawnego		

W RAZIE ZDARZENIA LOSOWEGO POWIADOMIĆ:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA

Nazwa

Miejscowość

Data

TRYB KSZTAŁCENIA

Dzienny Pon.-Pt.

Stacjonarny Czw.-Sob

JĘZYK ANGIELSKI

Poziom podstawowy

Poziom średnio-zaawansowany

Poziom zaawansowany

JAK DOWIEDZIAŁEŚ/AŚ SIĘ O NASZEJ SZKOLE?

Strona internetowa

Media społecznościowe

Ulotka/plakat

Znajomi

 Inne:**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

Podpis kandydata**WYPEŁNIA SZKOŁA****POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DOKUMENTÓW**

Data

Podpis

POTWIERDZENIE ODEBRANIA DOKUMENTÓW

Miejscowość i data

Podpis