MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA NR 3
IM. DR. ANDRZEJA KROCINA
W WARSZAWIE

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ROK SZKOLNY 2025/2026

# ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA

Proszę wypełnić CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

| DANE KANDYDATA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NAZWISKO | IMIONA | | | |
| | | | | |
| NAZWISKO PANIEŃSKIE | DATA URODZENIA | | | MIEJSCE URODZENIA |
| | D | M | R | |

| ADRES ZAMELDOWANIA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy _ _ - _ _ _ | Miejscowość |
| Gmina | Powiat | | Województwo | |

| ADRES DO KORENPONDENCJI | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy _ _ - _ _ _ | Miejscowość |
| Gmina | Powiat | | Województwo | |

| PESEL<br>W przypadku braku, proszę wpisać serię i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

| NARODOWOŚĆ | OBYWATELSTWO |
|---|---|
| | |

| KONTAKT | |
|---|---|
| Telefon | Adres e-mail |

| W RAZIE ZDARZENIA LOSOWEGO POWIADOMIĆ (opcjonalnie): | |
|---|---|
| Imię i nazwisko | Numer telefonu |

| UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA | | |
|---|---|---|
| Nazwa | Miejscowość | Data |

| 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.<br><br>_____<br>Podpis kandydata |

## WYPEŁNIA SZKOŁA

| POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DOKUMENTÓW | |
|---|---|
| Data | Podpis |

| POTWIERDZENIE ODEBRANIA DOKUMENTÓW | |
|---|---|
| Miejscowość i data | Podpis |