

PODANIE O PRZYJĘCIE NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY (KKZ)

I. DANE OSOBOWE SŁUCHACZA:

1. Nazwisko i imię (imiona)
2. Numer telefonu słuchacza
3. Nazwisko i imię rodziców/opiekunów
4. Data i miejsce urodzenia
5. Województwo i kraj urodzenia
6. Numer PESEL
7. Adres stałego zameldowania: kod pocztowy miejscowość
- ulica, numer domu, numer mieszkania
8. Adres do korespondencji: kod pocztowy miejscowość
- ulica, numer domu, numer mieszkania.....
9. Kształcenie w formach szkolnych ukończyłem/am na etapie:
10. Adres e-mail:

II. Proszę o przyjęcie mnie na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy przygotowujący do zdawania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie fryzjer 514101 w zakresie kwalifikacji A.19. Wykonywanie zabiegów fryzjerskich.

.....
 miejscowość, data czytelny podpis

III. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Europejska Szkoła Zawodowa we Wrocławiu oraz organ prowadzący szkołę tj. Robert Burszewski gwarantuje zachowanie poufności danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu, o ile obowiązek ujawnienia ich nie wynika z przepisów prawa, a także prawo wglądu ucznia i jego rodziców do jego danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133., poz. 883 ze zmianami). Swoje dane słuchacz przekazuje na zasadach dobrowolności.

Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Europejską Szkołę Zawodową we Wrocławiu oraz organ prowadzący szkołę tj. Roberta Burszewskiego w celach marketingowych szkoły, firmy prowadzonej przez organ prowadzący, oraz zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002r. Nr 144, poz 1204), **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przesyłanie na podany powyżej adres e-mailowy informacji handlowych z Europejskiej Szkoły Zawodowej we Wrocławiu oraz organ prowadzący szkołę tj. Roberta Burszewskiego.

.....
 miejscowość, data czytelny podpis

* właściwie zaznaczyć

IV. ZAŁĄCZNIKI

Rodzaj załącznika	Data dostarczenia	Podpis osoby przyjmującej	Uwagi
Świadectwo ukończenia szkoły wcześniejszej			
Kserokopia dowodu osobistego			
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w zawodzie			
2 fotografie			

.....
 Wypełnia szkoła

Potwierdzenie złożenia podania do szkoły	Potwierdzenie przyjęcia na KKZ
(data i podpis pracownika)	słuchacz przyjęty do szkoły dnia na KKZ w zakresie kwalifikacji A.19 (podpis dyrektora szkoły)