

**WSCKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu**Wielkopolskie Samorządowe Centrum
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
ul. Mostowa 6
61-855 Poznań**Nr wpływu, data
(wypełnia pracownik MSZ im. PCK)

PODANIE

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Poznaniu

Technik dentystyczny
Asystentka stomatologiczna
Higienistka stomatologiczna
Opiekun medyczny

Opiekunka dziecięca
Opiekun osoby starszej
Asystent osoby niepełnosprawnej
Opiekun w domu pomocy społecznejTryb nauki: dzienny zaoczny

Nazwisko: Imię/Imiona:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):

Imiona rodziców:

<u>Adres stałego zameldowania:</u> Ulica, nr domu: Kod pocztowy: Miejscowość: Województwo: Powiat: Gmina: Telefon kontaktowy: e-mail: znaczn typ miejscowości: <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto poniżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	<u>Adres do korespondencji:</u> Ulica, nr domu: Kod pocztowy: Miejscowość: Telefon kontaktowy:
--	--

Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panieńskie: Pesel: _____

Rodzaj dowodu tożsamości Seria i numer:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej (dołączyć w przypadku jego posiadania): TAK NIE**Prawidłowość danych zawartych w podaniu
stwierdzam własnoręcznym podpisem**.....
MIEJSCOWOŚĆ.....
DATA.....
PODPIS KANDYDATA