

**WSCKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w PoznaniuWielkopolskie Samorządowe Centrum
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
ul. Mostowa 6 61-855 PoznańNr wpływu, data
(wypełnia pracownik KPSS)Miejsce na
fotografię
wymiaru
35 x 45 mm**PODANIE** (*prosimy wypełniać drukowanymi literami*)Proszę o przyjęcie mnie do
Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Poznaniu
w zawodzie Pracownik Socjalny prowadzonego w systemie:

-
- zaoczny
-
- dzienny *zajęcia w dni robocze po 15.00
-
- tak
-
- nie
-
- zajęcia w dni robocze od 9.00
-
- tak
-
- nie

Nazwisko:..... Imię: Drugie Imię:.....

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):

Imiona rodziców:

<u>Adres stałego zameldowania:</u> ulica, nr domu: kod pocztowy: miejscowość: województwo: powiat: gmina: nr telefonu: e-mail: zaznacz 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:
--	---

Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panińskie: Pesel: _____

Rodzaj dowodu tożsamości Seria i numer:

Orzeczenie o niepełnosprawności (dołączyć kserokopie w przypadku jego posiadania): tak nie

Prawidłowość danych zawartych w podaniu stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

PODPIS KANDYDATA

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCHOświadczam, iż zostałem/am poinformowany/-na o tym, że zgodnie z art. 93 ustawy o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018r.(tekst jednolity Dz.U. z 2018r. poz.1000.)
Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu:

1) Będzie przetwarzać dane osobowe uzyskane w niniejszym formularzu w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu dydaktycznego oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez WSKZiU nr 2 w Poznaniu w celach marketingowych i promocyjnych. TAK NIE OŚWIADCZENIE Wyrażam zgodę na przesłanie informacji telefonicznie i drogą elektroniczną. TAK NIE

..... PODPIS KANDYDATA