

**WSKZiU**

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

OPIEKUN MEDYCZNY

ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

OPIEKUNKA DZIECIĘCA

ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA

HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA

TECHNIK ELEKTRONIKI I INFORMATYKI MEDYCZNEJ

Tryb nauki: dzienny zaoczny

Nazwisko: Imię/Imiona:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):

Imiona rodziców:

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

Obywatelstwo: Narodowość:

Nazwisko panięskie: 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