Olsztyn , dnia ........................................................

# WNIOSEK

**o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy**

*(prosimy o staranne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI)*

Wnioskuję niniejszym o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy w roku szkolnym 2023/2024

w zawodzie …………………………………………………………..………………………………………………………………………

kwalifikacja …………………………………………………………………………………………………………………………………

**DANE OSOBOWE:**

Nazwisko ..................................................................................... Imię (imiona) ......................................................................................

Data urodzenia .................................................................... Miejsce urodzenia ……………………………….……………………

PESEL .................................................................................................................................................................................................................

Seria i nr dowodu osobistego/paszportu (w przypadku braku nr. PESEL) ……..........................................................

Adres zamieszkania …….............................................................................................................................................................................

Kod pocztowy ........................................... Miejscowość .......................................................................................................................

Telefon .............................................................. Adres e-mail ...................................................................................................................

Imiona rodziców ...........................................................................................................................................................................................

**Załączniki:**

* Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu, wydane przez lekarza medycyny pracy

* Jedna fotografia (52 x 36 mm) podpisana na odwrocie ( 52x36 mm)

**Oświadczam, że:**

* Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

* Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych i reklamowych drogą pocztowa, elektroniczną, telefoniczną.

............................................................................

*(czytelny podpis kandydata/kandydatki)*

Imię ………………………………………….. Nazwisko ………………………………………………………………………………….

**DODATKOWE KRYTERIA**

*(Brane pod uwagę w przypadku większej liczby kandydatów niż liczba wolnych miejsc)*

Oświadczam, że (jeśli dotyczy, proszę zaznaczyć kratkę symbolem x lub ⱱ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | KRYTERIUM | TAK | NIE |
| 1 | Wielodzietność rodziny kandydata |  |  |
| 2 | Niepełnosprawność kandydata |  |  |
| 3 | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata |  |  |
| 4 | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata |  |  |
| 5 | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata |  |  |
| 6 | Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie |  |  |
| 7 | Objęcie kandydata pieczą zastępczą |  |  |

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź symbolem x lub ⱱ):

##  posiadam kwalifikacje zawodowe

 **nie posiadam żadnych kwalifikacji zawodowych** *(pod pojęciem kwalifikacje zawodowe należy rozumieć dowolne, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, w tym wynikające między innymi   
z ukończenia szkoły zawodowej, technikum, liceum zawodowego, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów zawodowych i studiów wyższych) \**

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

...................................................................

*(data i czytelny podpis kandydata/kandydatki)*

*\* - właściwe zaznaczyć*

**Szanowni Państwo, informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Szkół Gastronomiczno – Spożywczych w Olsztynie, ul. Żołnierska 49, 10-560 Olsztyn, e-mail: [**sekretariat@zsgs.olsztyn.eu**](mailto:sekretariat@zsgs.olsztyn.eu)

2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni:

**Anna Szleszyńska, adres e-mail:** [**szleszynska.anna@zsgs.olsztyn.eu**](mailto:szleszynska.anna@zsgs.olsztyn.eu)

1. Państwa dane osobowe oraz/lub dane osobowe Państwa dziecka (dzieci) przetwarzane będą   
   w celu dokonania zapisu Państwa lub Państwa dziecka (dzieci) na kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uczestnictwa w kwalifikacyjnym kursie zawodowym (art. 6 ust. 1 pkt. b, c oraz art. 9 ust. 2 pkt b RODO).
2. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych w zakresie wynikającym z przepisów prawa.
3. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu, tj. udziału   
   w postępowaniu rekrutacyjnym na kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz późniejsze uczestnictwo w kwalifikacyjnym kursie zawodowym. W przypadku nie podania danych zarówno udział w postępowaniu rekrutacyjnym jak i uczestnictwo w kwalifikacyjnym kursie zawodowym będzie niemożliwe.
4. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa oraz Państwa dzieci narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Dyrektor**

**Zespołu Szkół Gastronomiczno – Spożywczych**

**w Olsztynie**

**Wioletta Róża Rutkowska**

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Zespół Szkół Gastronomiczno - Spożywczych w Olsztynie oraz zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych.

 …………………………………….

*(czytelny podpis osoby)*