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 2024/2025

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 im. Wisławy Szymborskiej w Olsztynie, ul. Żołnierska 49, 10-560 Olsztyn,
e-mail: **sekretariat@zsgs.olsztyn.eu**

2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni: **Anna Szleszyńska, adres e-mail:** **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 na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. b, c oraz art. 9 ust. 2 pkt b RODO, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Szkole, tj. określonego w Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 18 listopada 2022 roku w sprawie przeprowadzania postepowania rekrutacyjnego oraz postepowania uzupełniającego do publicznych przedszkoli, szkół, placówek i centrów -
w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w szkole.
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**

**im. Wisławy Szymborskiej**

**w Olsztynie**

**Wioletta Róża Rutkowska**

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

 …………………………………….

*(czytelny podpis osoby)*