

DEKLARACJA KONTYNUOWANIA ZAMIESZKANIA
 W INTERNACIE SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO
 IM. STANISŁAWA LIEBHARTA W LUBLINIE W ROKU SZKOLNYM 2018/2019
 - UCZNIOWIE STUDIUM

(Pola zaznaczone gwiazdką w poniższym formularzu są obowiązkowe do wypełnienia)

DANE IDENTYFIKACYJNE WYCHOWANKA										
Imię *		Drugie imię								
Nazwisko *										
PESEL *										
W przypadku braku nr PESEL należy podać rodzaj, serię oraz nr innego dokumentu tożsamości:										
ADRES ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE										
Województwo *										
Powiat *										
Gmina *										
Miejscowość *										
Ulica *										
Nr budynku *										
Nr lokalu *										
Kod pocztowy *										
Poczta *										
Telefon*										
E-mail kontaktowy										
DANE OSOBOWE RODZICÓW										
	Rodzic - ojciec					Rodzic - matka				
Imię i nazwisko *										
Telefon*										
E-mail kontaktowy										
ADRES ZAMIESZKANIA										
Jeśli dane dotyczące zamieszkania obojga rodziców są takie same należy je wpisać przy jednym z rodziców										
Województwo *										
Powiat *										

Gmina *		
Miejscowość *		
Ulica *		
Nr budynku *		
Nr lokalu *		
Kod pocztowy *		
Poczta *		
KIERUNEK W STUDIUM, NA KTÓRYM WYCHOWANEK BĘDZIE KONTYNUOWAŁ NAUKĘ W ROKU SZKOLNYM 2018/2019		
Nazwa kierunku*		
Numer zespołu*		
Rok nauki*		

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI WNIOSKU

Oświadczam, iż wszystkie podane w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

(podpis pełnoletniego wychowanka)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE administratorem danych osobowych jest dyrektor Szkoły Policealnej – Medycznego Studium Zawodowego im. Stanisława Liebarta w Lublinie. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.

.....

(podpis pełnoletniego wychowanka)

....., data:

(miejscowość)