**Załącznik nr 2**

**DEKLARACJA KONTYNUOWANIA ZAMIESZKANIA**

W INTERNACIE SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM. STANISŁAWA LIEBHARTA W LUBLINIE W ROKU SZKOLNYM 2018/2019

**- UCZNIOWIE SPOZA 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/OPIEKUNÓW PRAWNYCH** |
|  | **Rodzic - ojciec** | **Rodzic - matka** | **Opiekun prawny** |
| **Imię i nazwisko \*** |  |  |  |
| **Telefon\*** |  |  |  |
| **E-mail kontaktowy** |  |  |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**Jeśli dane dotyczące zamieszkania obojga rodziców są takie same należy je wpisaćprzy jednym z rodziców |
| **Województwo \*** |  |  |  |
| **Powiat \*** |  |  |  |
| **Gmina \*** |  |  |  |
| **Miejscowość \*** |  |  |  |
| **Ulica \*** |  |  |  |
| **Nr budynku \*** |  |  |  |
| **Nr lokalu \*** |  |  |  |
| **Kod pocztowy \*** |  |  |  |
| **Poczta \*** |  |  |  |
| **DANE SZKOŁY, W KTÓREJ WYCHOWANEK BĘDZIE KONTYNUOWAŁ NAUKĘ** **W ROKU SZKOLNYM 2018/2019** |
| **Nazwa szkoły\*** |  |
| **Dokładny adres szkoły\*** |  |
| **Typ i rodzaj szkoły\*** |  |
| **Klasa do której uczeń będzie uczęszczał \*** |  |

**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 rodzica-ojca) (podpis rodzica-matki) (podpis opiekuna prawnego

lub wychowanka pełnoletniego)

**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 Liebharta w Lublinie. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.

………………………………………………………. ………………………………………………. ………………………………………………………

(podpis rodzica-ojca) (podpis rodzica-matki) (podpis opiekuna prawnego

lub wychowanka pełnoletniego)

……………….……………, data: ………………………………………
(miejscowość)