**Załącznik nr 1**

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

……………………………………………………….

(podpis pełnoletniego wychowanka)

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