

Nr zgłoszenia (ID)	
Wypełnia pracownik placówki	
Data złożenia	
Godzina złożenia	

WNIOSEK O PRZYJĘCIE WYCHOWANKA DO INTERNATU
SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM. STANISŁAWA LIEBHARTA
W LUBLINIE NA ROK SZKOLNY 2018/2019
- UCZNIOWIE SPOZA STUDIUM

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

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA			
Imię *		Drugie imię	
Nazwisko *			
PESEL *			
W przypadku braku nr PESEL należy podać rodzaj, serię oraz nr innego dokumentu tożsamości			
ADRES ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE KANDYDATA			
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 wpisać przy jednym z rodziców			
Województwo *			
Powiat *			
Gmina *			

Miejscowość *			
Ulica *			
Nr budynku *			
Nr lokalu *			
Kod pocztowy *			
Poczta *			
DANE SZKOŁY DO KTÓREJ KANDYDAT STARA SIĘ O PRZYJĘCIE/JEST UCZNIEM W ROKU SZKOLNYM 2018/2019			
Nazwa szkoły*			
Dokładny adres szkoły*			
Typ i rodzaj szkoły*			
Klasa do której uczeń będzie uczęszczał (I,II,III)*			
DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE			
Istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym kandydata*			
KRYTERIA PRZYJĘCIA			
KRYTERIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY PRAWO OŚWIATOWE (ART.145 UST.1)			
Wielodzietność rodziny kandydata (3 i więcej dzieci) <i>Dzieci będące na utrzymaniu rodziców do 18 r.ż. lub do 25 r.ż., w przypadku gdy dziecko uczy się lub studiuje</i>	TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi		
Niepełnosprawność kandydata <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i>	TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi		
Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata niepełnoletniego. W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność dziecka kandydata <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i>	TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi		
Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata niepełnoletniego. <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i>	TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi		

<p>Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata (dotyczy kandydata niepełnoletniego). W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę. <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i></p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p>Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie W przypadku kandydata pełnoletniego samotne wychowywanie dziecka przez kandydata <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu kandydata</i></p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p>Objęcie kandydata pieczęcią zastępczą (dotyczy kandydata niepełnoletniego) <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć dokument potwierdzający objęcie kandydata pieczęcią zastępczą</i></p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
KRYTERIA UZUPEŁNIAJĄCE	
<p>Codzienny dojazd jest utrudniony z powodu braku bezpośredniego dojazdu, małej liczby połączeń, odległości od najbliższego przystanku</p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p>Odległość szkoły od miejsca zamieszkania kandydata wynosi powyżej 50 kilometrów</p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p>Rodzina kandydata znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, jest objęta w bieżącym roku kalendarzowym pomocą GOPS lub MOPS (MOPR) <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć dokument potwierdzający objęcie rodziny kandydata udzielaną pomocą</i></p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p>Rodzina kandydata lub kandydat znajduje się w innej szczególnie trudnej sytuacji życiowej <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć oświadczenie z wyjaśnieniem o znajdowaniu się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej</i></p>	<p>TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>

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. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania dziecka do internatu Studium, będę zobowiązany(a) potwierdzić wolę korzystania z usług internatu, w terminie podanym w harmonogramie postępowania rekrutacyjnego. Mam świadomość, że brak potwierdzenia woli w określonym terminie oznacza wykreślenie dziecka z listy zakwalifikowanych i utratę miejsca w internacie.

.....

(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 Liebarta 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:

(miejsowość)

DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ W INTERNACIE SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM. STANISŁAWA LIEBHARTA W LUBLINIE

Komisja Rekrutacyjna na posiedzeniu w dniu r .

zakwalifikowała kandydata/ nie zakwalifikowała kandydata

(imię i nazwisko kandydata)

do Internatu Szkoły Policealnej – Medycznego Studium Zawodowego im. Stanisława Liebarta
w Lublinie

.....

.....

.....

.....

(podpis członków komisji)

.....

(podpis przewodniczącego komisji)

Lublin, dnia