

**Załącznik nr 2****DEKLARACJA KONTYNUOWANIA ZAMIESZKANIA**

W INTERNACIE SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM.

STANISŁAWA LIEBHARTA W LUBLINIE W ROKU SZKOLNYM 2020/2021

**- UCZNIOWIE SPOZA STUDIUM**

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

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

<b>Gmina *</b>			
<b>Miejscowość *</b>			
<b>Ulica *</b>			
<b>Nr budynku *</b>			
<b>Nr lokalu *</b>			
<b>Kod pocztowy *</b>			
<b>Poczta *</b>			
<b>DANE SZKOŁY, W KTÓREJ WYCHOWANEK BĘDZIE KONTYNUOWAŁ NAUKĘ W ROKU SZKOLNYM 2020/2021</b>			
<b>Nazwa szkoły*</b>			
<b>Dokładny adres szkoły*</b>			
<b>Typ i rodzaj szkoły*</b>			
<b>Klasa do której uczeń będzie uczęszczał *</b>			
<b>PROPOZYCJA POKOJU /OSÓB Z KTÓRYMI WYCHOWANEK CHCE MIESZKAĆ</b> (Ostateczna decyzja odnośnie pokoju i składu osobowego należy do kierownika i wychowawców internatu)			
<b>Pokój:</b>	<b>Skład osobowy pokoju:</b>		

### 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 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. roku o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) administratorem danych jest placówka, do dyrektora której kierowany jest niniejszy Wniosek. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania. Podstawą prawną przetwarzania danych przez placówkę jest art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) w związku z art. 149, 150, 155 i 160 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59). Zakres danych określony jest w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59).

.....

(podpis rodzica-ojca)

.....

(podpis rodzica-matki)

.....

(podpis opiekuna prawnego  
lub wychowanka pełnoletniego)

....., data: .....

(miejscowość)