

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										
	Rodziec - ojciec	Rodziec - 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, 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 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:,
(miejscowość)