|  |  |
| --- | --- |
| Nr zgłoszenia (ID) |  |
| **Wypełnia pracownik placówki** |
| Data złożenia |  |
| Godzina złożenia |  |

Załącznik nr 4

 **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 wpisaćprzy 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)***Dzieci będące na utrzymaniu rodziców do 18 r.ż. lub do 25 r.ż., w przypadku gdy dziecko uczy się lub studiuje* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Niepełnosprawność kandydata***W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata niepełnoletniego. W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność dziecka kandydata***W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata niepełnoletniego.***W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata (dotyczy kandydata niepełnoletniego). W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę.***W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie W przypadku kandydata pełnoletniego samotne wychowywanie dziecka przez kandydata** *W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu kandydata*  | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **Objęcie kandydata pieczą zastępczą (dotyczy kandydata niepełnoletniego)***W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć dokument potwierdzający objęcie kandydata pieczą zastępczą* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| **KRYTERIA UZUPEŁNIAJĄCE** |
| Codzienny dojazd jest utrudniony z powodu braku bezpośredniego dojazdu, małej liczby połączeń, odległości od najbliższego przystanku | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| Odległość szkoły od miejsca zamieszkania kandydata wynosi powyżej 50 kilometrów | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| Rodzina kandydata znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, jest objęta w bieżącym roku kalendarzowym pomocą GOPS lub MOPS (MOPR) *W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć dokument potwierdzający objęcie rodziny kandydata udzielaną pomocą* | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |
| Rodzina kandydata lub kandydat znajduje się w innej szczególnie trudnej sytuacji życiowej *W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć oświadczenie z wyjaśnieniem o znajdowaniu się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej*  | **TAK****NIE****Odmawiam udzielenia odpowiedzi** |

**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 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)

**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 Liebharta

w Lublinie

..................................................

...................................................

...................................................

................................................... ………………………………………………….
(podpis członków komisji) (podpis przewodniczącego komisji)

Lublin, dnia .................................