

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/.....
- UCZNIOWIE 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/OSOBY DO KONTAKTU			
	Rodzin - ojciec	Rodzin - matka	Dane innej osoby do kontaktu
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 NA KTÓRY KANDYDAT STARA SIĘ O PRZYJĘCIE DO STUDIUM
W ROKU SZKOLNYM/.....**

Kierunek			
Forma kształcenia (odpowiednie zakreślić)	Młodzieżowa	Stacjonarna	
Poziom nauczania (odpowiednie zakreślić)	I rok	II rok	III rok

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
---	---

<p align="center">Niepełnosprawność kandydata</p> <p><i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i></p>	<p align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p align="center">Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata niepełnoletniego. W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność dziecka kandydata</p> <p><i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i></p>	<p align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p align="center">Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata niepełnoletniego.</p> <p><i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i></p>	<p align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p align="center">Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata (dotyczy kandydata niepełnoletniego). W przypadku kandydata pełnoletniego niepełnosprawność innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę.</p> <p><i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności</i></p>	<p align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p align="center">Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie W przypadku kandydata pełnoletniego samotne wychowywanie dziecka przez kandydata</p> <p><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 align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">Odmawiam udzielenia odpowiedzi</p>
<p align="center">Objęcie kandydata pieczęcią zastępczą (dotyczy kandydata niepełnoletniego)</p> <p><i>W przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć dokument potwierdzający objęcie kandydata pieczęcią zastępczą</i></p>	<p align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">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 align="center">TAK</p> <p align="center">NIE</p> <p align="center">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 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 Szkoła Policealna – Medyczne Studium Zawodowe im. Stanisława Liebarta, do dyrektora której kierowany jest niniejszy Wniosek. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania. Podstawą prawną przetwarzania danych przez szkołę 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 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 dniur .

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