

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO POLICEALNEJ SZKOŁY MEDYCZNEJ EPSILON

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ:

1.

Imię i nazwisko

2.

Data i miejsce urodzenia

3.

Adres

4.

Telefon

5.

Adres e-mail

6.

PESEL

Jestem zainteresowany/na nauka na kierunku:

.....

Ukończyłem/łam szkołę ponadgimnazjalną:

.....

Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, określonej w art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że dane zawarte przeze mnie w powyższym kwestionariuszu, są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuje się, do bezzwłocznego (nie później, niż w ciągu 7 dni od zmiany danych) składania w Sekretariacie Szkoły, pisemnych oświadczeń o wszelkich zmianach w powyższych informacjach.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, prowadzonej przez Policealną Szkołę Medyczną EPSILON (zgodnie z *Ustawą z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych, Dz.U. 2018 poz. 1000.*).

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie mojego wizerunku. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celach informacyjnych i promocji szkoły. Mam prawo do odwołania niniejszej zgody w każdym czasie, wyłącznie w formie pisemnej.

.....

Data i podpis