

**Instrukcja:** Kwestionariusz należy wypełnić czytelnie. W polach nie dotyczy lub brak danych, należy wstawić znak „-„. Nie pozostawiaj pustych pól formularza. Po wypełnieniu należy wydrukować formularz i podanie, podpisać i złożyć w odpowiedniej szkole.

## Kwestionariusz osobowy

Dane osobowe:			
Pierwsze imię:		Nazwisko	
Drugie imię		Data ur.	
Miejsce ur.		Nazwisko rodowe	
Imiona rodziców		Obywatelstwo	
Dane z dowodu osobistego:			
Seria i numer		PESEL	
Data ważności		Wydany przez	
Adres zameldowania:			
Kod		Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Nr tel. komórkowego		Nr tel. stac.	E-mail
Dodatkowe inform.			
Adres do korespondencji/pobytu* (*skreślić niepotrzebne):			
Kod		Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Osoba, którą należy powiadomić w razie konieczności			
Nazwisko imię		Stopień pokrewieństwa	
Kod		Miejscowość	
Ulica		Nr d/m	Nr tel.
Wykształcenie i status na rynku pracy			
Poziom		Zawód wyuczony	
Zawód wykonywany		Staż pracy	Status
Dane ukończonej szkoły średniej:			
Pełna nazwa szkoły		Rok uk.	
Kod		Miejscowość	
Ulica		Nr domu	
Typ szkoły*	LO <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> TECH <input type="checkbox"/> INNY <input type="checkbox"/>	Profil	
Dane o stopniu niepełnosprawności:			
Stopień niepełnosprawności	Brak orzeczenia <input type="checkbox"/> ; Lekki <input type="checkbox"/> ; Umiarkowany <input type="checkbox"/> ; Znaczny <input type="checkbox"/>		
Orzeczenie wydane do dnia		Przez PZON w	
Dodatkowe informacje			

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 Policjalną Szkołę Medyczną EPSILON (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

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.

Miejscowość i data

Czytelny podpis

\*LO- liceum ogólnokształcące, LP- liceum profilowane, LM- liceum medyczne, TECH- technikum