

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO POLICEALNEGO STUDIUM  
MEDYCYNY SPORTU W WARSZAWIE**

**Wypełnia Sekretariat**

Świadectwo – oryginał  kopię dowodu osobistego

Zdjęcia 3,5x4,5 cm - 2 szt.  Zaświadczenie lekarskie – druk szkoły

Umowa o naukę – druk szkoły

DATA ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW

INDEKS  LEGITYMACJA

PODSTAWY PRZEDSIĘBIORCZOŚCI – MUSI  NIE MUSI

ŚREDNIA  DOKUMENTY PRZYJAŁ

**Wypełnia Kandydat**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach: realizacji kształcenia oraz windykacyjnych. Przekazanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne w procesie rekrutacji i podpisania umowy. Słuchaczowi przysługuje prawo dostępu do danych osobowych i do ich poprawiania (Dz. U. 133 poz.883, ze zm.).

Zgodnie z ustawą o oświadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych i promocji oferowanych przez PSMS i partnerów Szkoły (Dz. U. 144, poz. 1204, ze zm.).

Zgodnie z Roz. Ministra Zdrowia z dn. 28.11.2005 r. Dz. U. Nr 250 poz. 2113 w sprawie wykazu stanowisk pracy (zawodów medycznych) oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach. Oświadczam, iż posiadam szczepienia p/WZW B.

Zobowiązuję się do indywidualnego zakupu ubezpieczenia NNW i OC w związku z podjęciem nauki i praktyczną nauką zawodu w Policealnym Studium Medycyny Sportu.

Oświadczam, iż odstępuję od posiadania przez cały cykl kształcenia w Policealnym Studium Medycyny Sportu: indeksu  legitymacji

**DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA**

*Warszawa, dn.*

**UWAGI i NOTATKI, DANE DO SIO**

IMIONA I NAZWISKA

PESEL

DATA I MIEJSCE URODZENIA

ADRES ZAMELDOWANIA

ULICA	NR
KOD POCZTOWY	MIASTO
GMINA	POWIAT
WOJEWÓDZTWO	

ADRES KORESPONDENCYJNY

DOWÓD OSOBISTY

SERIA I NUMER

WYDANY PRZEZ

NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY

TELEFON KOMÓRKOWY I E-MAIL

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA

JĘZYKI OBCE

**PROSZĘ O PRZYJĘCIE MNIE DO SZKOŁY NA KIERUNEK  
TECHNIK MASAŻYSTA**

UZASADNIENIE WYBORU KIERUNKU

*Prawdziwość powyższych danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

**DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA**

*Warszawa, dn.*