

## ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2

**CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**W KLUCZBORKU**

**ul. Byczyńska 7, 46 – 200 Kluczbork**

tel./fax: 077- 418 26 00

Internet: <http://www.zsp2klb.prv.pl//>

e-mail: sekretariat@zsp2cku.pl, sekretariat2@zsp2cku.pl

Kluczbork .....................................

# Podanie o przyjęcie

#  na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy

( BARDZO PROSIMY O WYPEŁNIANIE PODANIA DRUKOWANYMI LITERAMI)

**DANE OSOBOWE KANDYDATA:**

Nazwisko ……………………..…………imiona ……………..…..………………………………

Data urodzenia ………………………miejsce urodzenia …….………………………...................

województwo…………………..……………………………….…..………………………………

Adres zamieszkania……………….……………………………..………………………………….

PESEL …………….………………... **Nr telefonu** …………………..…………………………….

e-mail ………………………………………………..……..……………………………………….

**Proszę o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy (**proszę zaznaczyć wybrany przez siebie kurs**) :**

□ **ELE.05.** Eksploatacja maszyn, urządzeń i instalacji elektrycznych,

□ **MOT.06.** Technik pojazdów samochodowych. Organizacja i prowadzenie procesu obsługi

 pojazdów samochodowych,

□ **MEC.05.** **Użytkownik obrabiarek skrawających,**

□ **MEC.09**  Organizacja i nadzorowanie procesów produkcji maszyn i urządzeń,

□ **HAN.02.** Prowadzenie działań handlowych.( Technik handlowiec 522305)

**Język obcy** (prosimy o zaznaczenie wybranego przez siebie języka) :

□  **j. angielski** □  **j. niemiecki**

Jestem absolwentem ……………………………………………………………………………....

o kierunku …………………………………………………………………………………………

 **( wymienić nazwę szkoły )**

**W załączeniu:**

1. ksero dokumentu poświadczającego posiadane wykształcenie,

2. dowód osobisty do wglądu,

3. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w określonym zawodzie

  **(dostarczyć do sekretariatu szkoły w terminie do 14 dni od rozpoczęcia kursu),**

4. 1 zdjęcie\*,

5. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ( jeśli słuchacz takie posiada),

 6.opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ( jeśli słuchacz taką posiada).

*\** ***można dołączyć w dniu rozpoczęciu kursu***

**UWAGA ! :**

1. kserokopie dokumentów nie podlegają zwrotowi.

2. warunkiem rozpoczęcia kursu jest zgłoszenie się co najmniej 25 kandydatów.

*Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną monitoringu w szkole oraz zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL). Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i informacji o sukcesach dziecka w kronice szkolnej oraz tablicach ściennych i folderach szkolnych (na stronie internetowej szkoły, portalach społecznościowych, w celu promocji szkoły) zamieszczonych na stronie szkoły. Dane osobowe mojego syna/mojej córki \* będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 z późń. zm.) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198 z późń. zm.) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce.*

**WIARYGODNOŚĆ DANYCH POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM.**

Kluczbork, dnia ……………………………… …………………………………

 *(czytelny podpis kandydata)*

**Wypełnia sekretariat szkoły:**

Przyjęto dokumenty.

1. □ ksero dokumentu poświadczającego posiadane wykształcenie,

2. □ dane zgodne z dowodem osobistym wydane przez………………………………………

 z dniem……………………….…,

3. □ zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia

 w określonym zawodzie,

4. □ 1 zdjęcie,

5. □ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ( jeśli słuchacz takie posiada),

6. □ opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ( jeśli słuchacz taką posiada).

Kluczbork, dnia ………………………………… …………………………………………….

 *(czytelny podpis przyjmującego)*