

Rzeszów, dn. _____

**Do Dyrekcji
EUREKA Policealnej Szkoły Medycznej**

PODANIE

o przyjęcie do **EUREKA Policealnej Szkoły Medycznej**

zawód kształcenia (kierunek) _____
na semestr: _____

Dane osobowe:

1. Nazwisko _____
2. Imiona _____, _____
3. Imię ojca _____
4. Imię matki _____
5. Data i miejsce urodzenia _____
6. PESEL: _____
7. Adres stałego zameldowania: kod pocztowy ____ - _____, miejscowość: _____
ulica: _____, nr domu: _____, nr mieszkania: _____ woj. _____
8. Adres do korespondencji: kod pocztowy ____ - _____, miejscowość: _____
ulica: _____, nr domu: _____, nr mieszkania: _____ woj. _____
9. Nr telefonu: _____
10. e-mail: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Eureka Zespół Szkół, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji toku kształcenia

Administratorem danych osobowych jest Eureka Zespół Szkół w Rzeszowie, ul. Okulickiego 20, 35-206 Rzeszów, tel. 17 307 00 30, e-mail: sekretariat@eurekaszkoła.pl

czytelny podpis składającego podanie

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Eureka Zespół Szkół informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

czytelny podpis

Notatka:

Z jakiego źródła dowiedział/a się Pan/Pani o szkole