



ZESPÓŁ SZKÓŁ W PIASKACH

ul. Partyzantów 19, 21-050 Piaski, tel. (81) 58-21-001
www.zspiaski.pl e-mail: sekretariat@zspiaski.pl

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY SŁUCHACZA SZKOŁY DLA DOROSŁYCH W ZESPOLE SZKÓŁ W PIASKACH

DANE SŁUCHACZA

IMIONA													
NAZWISKO													
IMIĘ OJCA													
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ADRES ZAMIESZKANIA													
NR TELEFONU													
ADRES E-MAIL													
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (oraz dziecka)* danych osobowych w celach administracyjnych oraz przyjmuję do wiadomości, że: 1.administratorem moich danych osobowych (oraz dziecka)* jest Zespół Szkół w Piaskach z siedzibą przy ul. Partyzantów 19, 21-050 Piaski; 2.kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy pod adresem: lukasz.kalinowski@cbi24.pl; 3.podanie danych osobowych jest dobrowolne; 4.dane osobowe będą przetwarzane w związku z procesem rekrutacyjnym; 5.dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa; 6.dokumenty rekrutacyjne zawierające dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat po ukończeniu szkoły przez słuchacza; 7.mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo do sprzeciwu orz prawo do ich usunięcia; 8.mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdyż przetwarzanie moich danych osobowych naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych a dnia 27 kwietnia 2016 r.													

Do kwestionariusza dołączam następujące załączniki:

TYP DOKUMENTU	TAK	NIE
świadczenie ukończenia (<i>wpisać odpowiedni typ szkoły</i>)		
orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu		
orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami ¹		
zdjęcie legitymacyjne 1 szt. lub zdjęcie w wersji elektronicznej formacie JPG		
opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej		
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego		
orzeczenie o stopniu niepełnosprawności		
inne :		

¹Dotyczy uczniów uczących się w zawodach *technik pojazdów samochodowych*

.....
data i czytelny podpis słuchacza

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna*

*dotyczy słuchaczy niepełnoletnich