

PODANIE

Nazwisko

Oleśnica

Imię

ul.

kod/ miejscowość

Dyrektor
Policealnego Studium
Zawodowego „ALFA”
ul. Kleeberga 4
56-400 Oleśnica

Proszę o przyjęcie mnie do Policealnego Studium Zawodowego „ALFA”
w Oleśnicy, kształcącego w zawodzie
..... w systemie zaocznym/stacjonarnym dla dorosłych* .

.....
podpis słuchacza

* Niewłaściwe skreślić

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY:

Nazwisko

Imiona

Imiona rodziców

PESEL _____ Data urodzenia ____ . ____ . ____

miejsce urodzenia województwo

Adres stałego zameldowania:

miejsowość

ulica nr domu nr mieszkania

kod-..... poczta woj.

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania):

miejsowość

ulica nr domu nr mieszkania

kod-..... poczta woj.

Nr telefonu komórkowego

e-mail:

.....
data i podpis słuchacza

OŚWIADCZENIE WOLI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r., w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia cyklu kształcenia w Policealnym Studium Zawodowym „ALFA” w Oleśnicy oraz na udostępnianie ich podmiotom zewnętrznym na ich wyraźne wystąpienie w minimalnym niezbędnym zakresie, których działanie regulują odrębne przepisy (np. do MEN, do ZUS).

.....
data i podpis słuchacza