

Proszę o przyjęcie mnie do Liceum Ogólnokształcącego dla dorosłych LIDER / Szkoły Policealnej LIDER / Studium Medycznego LIDER /KKZ * w na kierunek

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE POLA)

1. **Imię (imiona) i nazwisko**
 - a. Nazwisko rodowe**
 2. **Data urodzenia**
 3. **Miejsce urodzenia**
 4. **Obywatelstwo**
 5. **Numer ewidencyjny (PESEL)**
 6. **Dane kontaktowe:**
 - A. Dokładny adres korespondencyjny:**

Miejscowość

Ulica i numer domu/mieszkania

Kod pocztowy i poczta

Gmina
 - B. Telefon kontaktowy**
 - C. Adres e-mail**
 7. **Wykształcenie**
-
(określić stopień i podać ukończoną szkołę)

8. **Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku**
.....
(imię, nazwisko, telefon)

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osoby składającej kwestionariusz

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIANIU DANYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia rekrutacji w tym oraz kolejnych naborach do Szkół dla Dorosłych LIDER oraz KKZ przy Szkołach przez Organ Prowadzący Szkołę oraz pracowników prowadzących rekrutację.

.....

Data i czytelny podpis