**Załącznik nr 5 Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

**ul. Konecka 2, 26 – 070 Łopuszno**

**tel./fax: (41) 391 40 25**

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko .............................................................................
2. Imiona rodziców ...........................................................................................
3. Data i miejsce urodzenia .............................................................................
4. Obywatelstwo ...............................................................................................
5. Numer ewidencji (PESEL) ...........................................................................
6. Miejsce zamieszkania ...................................................................................

............................................................................................................................

(dokładny adres)

7. Adres do korespondencji .................................................................................

...........................................................................tel. ............................................

8. Wykształcenie ...............................................................................................

............................................................................................................................

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1,2,3,4,5 i 6 są zgodne z dowodem osobistym seria .................................................. numer ...................................

wydanym przez .................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do Szkoły Policealnej - Opiekun Medyczny w PZS  
w Łopusznie.

…………………………… ……………………………

miejsce i data podpis słuchacza

**Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

**Ul. Konecka 2, 26 – 070 Łopuszno**

**tel./fax: (41) 391 40 25**

Nazwisko i imię słuchacza .................................................................

Adres zamieszkania ..........................................................................

Telefon…………………………………

Data wpływu .......................

# Dyrekcja

# Powiatowego Zespołu Szkół

**w Łopusznie**

**P O D A N I E**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na semestr …………………. w roku szkolnym 20…/20… do Szkoły Policealnej- Opiekun Medyczny.

.....................................................

(*podpis słuchacza)*

**Załączniki:**

* oryginał lub odpis świadectwa ukończenia szkoły średniej
* kwestionariusz osobowy
* 2 fotografie
* zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki