**Załącznik nr 1 Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

**ul. Kasztanowa 39, 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 Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych w PZS
w Łopusznie.

…………………………… ……………………………

 miejsce i data podpis słuchacza

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

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

Telefon …………………………………

Data wpływu ......................................

* + - 1. **Dyrekcja**
1. **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 Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych.

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

 (*podpis słuchacza)*

**Załączniki:**

* oryginał lub odpis świadectwa ukończenia zasadniczej szkoły zawodowej
* kwestionariusz osobowy
* 2 fotografie

**Załącznik nr 2 Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

 **ul. Kasztanowa 39, 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- Technik Usług Kosmetycznych w PZS w Łopusznie.

…………………………… ……………………………

 miejsce i data podpis słuchacza

**Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

 **ul. Kasztanowa 39, 26 – 070 Łopuszno**

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

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

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

Telefon…………………………………

Data wpływu .......................

* + - 1. **Dyrekcja**
1. **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- Technik Usług Kosmetycznych.

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

 (*podpis słuchacza)*

**Załączniki:**

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

**Załącznik nr 3 Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

 **ul. Kasztanowa 39, 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 - Technik BHP w PZS
w Łopusznie.

…………………………… ……………………………

miejscowość i data podpis słuchacza

 **Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

 **ul. Kasztanowa 39, 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- Technik BHP.

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

 (*podpis słuchacza)*

**Załączniki:**

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

**Załącznik nr 4 Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

 **ul. Kasztanowa 39, 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- Technik Ochrony Fizycznej Osób i Mienia w PZS
w Łopusznie.

…………………………… ……………………………

 miejsce i data podpis słuchacza

 **Powiatowy Zespół Szkół w Łopusznie**

**Ul. Kasztanowa 39, 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- Technik Ochrony Fizycznej Osób i Mienia.

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

 (*podpis słuchacza)*

**Załączniki:**

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

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

 **ul. Kasztanowa 39, 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. Kasztanowa 39, 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