



PODANIE o przyjęcie na Kwalifikacyjne Kursy Zawodowe

Proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2021/2022 na KKZ:
(właściwy KKZ zaznaczyć znakiem X po lewej stronie, można wybrać więcej niż jedną kwalifikację)

Zawód	Oznaczenie i nazwa kwalifikacji
Elektryk	ELE.02. Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji, maszyn i urządzeń elektrycznych.
Technik elektryk	ELE.03. Eksploatacja instalacji, maszyn i urządzeń elektrycznych.
Mechatronik	ELM.03. Montaż, uruchamianie i konserwacja urządzeń i systemów mechatronicznych.
Technik mechatronik	ELM.06. Eksploatacja i programowanie urządzeń i systemów mechatronicznych.
Mechanik-monter maszyn i urządzeń	MEC.03. Montaż i użytkowanie maszyn i urządzeń.
Operator obrabiarek skrawających	MEC.09. Użytkowanie obrabiarek skrawających.
Technik mechanik	MEC.09. Organizacja i nadzorowanie procesów produkcyjnych maszyn i urządzeń.
Automatyk	ELM.01. Montaż, uruchamianie i obsługiwanie układów automatyki przemysłowej.
Technik automatyk	ELM.04. Eksploatacja układów automatyki przemysłowej.
Technik rachunkowości	EKA.05. Prowadzenie spraw kadrowo-płacowych i gospodarki finansowej jednostek organizacyjnych.
Technik rachunkowości	EKA.07. Prowadzenie rachunkowości.
Technik administracji	EKA.01. Obsługa klienta w jednostkach administracji.

I Dane osobowe:

- 1.* Nazwisko i imię/imiona
- 2.* Nazwisko rodowe:
- 3.* Data i miejsce urodzenia:woj.....
- 4.* Adres (kod pocztowy, poczta, miejscowość zamieszkania, ulica, nr domu/mieszkania):
.....
.....
- 5.* Adres e- mail: Telefon:
- 6.* PESEL:.....

*) Wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

II Ukończona szkoła:

(właściwy zawód zaznaczyć znakiem X po lewej stronie)

	Szkoła podstawowa/Gimnazjum
	Branżowa Szkoła I stopnia/Zasadnicza Szkoła Zawodowa w zawodzie
	Technikum, Liceum Zawodowe Szkoła Policealna w zawodzie
	Liceum Ogólnokształcące
	Studia Wyższe w zawodzie

III Informacja w sprawie ochrony danych osobowych RODO:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że:

- Administratorem podanych danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego w Gorzowie Wlkp., ul. Pomorska 67, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 733 20 60

- dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie - Prawo Oświatowe z dn. 14.12.2016 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 59) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7.09.1991 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce;

- dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu ze słuchaczem, a w przypadku słuchacza niepełnoletniego z rodzicem lub prawnym opiekunem, w nagłych okolicznościach;

- dane dot. wizerunku słuchacza będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły – dane podaje dobrowolnie jednocześnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej,

- dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,

- przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

IV Oświadczenie kandydata

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku w celach promocyjnych CKZ w Gorzowie Wlkp.. Tak / Nie*

***) właściwe zaznaczyć**

.....
(data i podpis kandydata)

Wymagane dokumenty:

- podanie,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki w zawodzie