Medyczna Szkoła Policealna

dla Dorosłych TWP w Radomiu
Radom ul. Partyzantów 5/7 tel. 48/362-26-28 www.twp.radom.pl

KWESTIONARIUSZ

*Proszę o przyjęcie mnie do Medycznej Szkoły Policealnej dla Dorosłych TWP w Radomiu na kierunek *:*

- ☐ ***technik masażysta***
- ☐ ***terapeuta zajęciowy***
- ☐ ***opiekun medyczny***

*) właściwe zakreślić

1. Nazwisko .....
2. Imiona .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Imiona rodziców .....
5. Seria i numer dowodu osobistego .....
6. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
7. Obywatelstwo ..... Narodowość .....
8. Ukończona szkoła średnia:.....

10. Adres stałego zamieszkania

Ulica ..... nr domu/ nr mieszkania ...../.....
kod pocztowy
miejscowość
telefon
e-mail

Adres do korespondencji /jeżeli jest inny niż zamieszkania/

Ulica ..... nr domu/nr mieszkania...../.....
kod pocztowy
miejscowość

Lp	**Wymagane dokumenty**	Pokwitowanie odbioru dokumentów
1.	Świadectwo ukończenia szkoły średniej w oryginale	
2.	Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania wybranego zawodu	
3.	3 fotografie legitymacyjne /podpisane/	
4.	Ksero dowodu osobistego	

Prawdziwość powyższych danych poświadczam własnoręcznym podpisem

....
miejscowość *data* *podpis*

<u>Oświadczenie kandydata</u>
W przypadku przyjęcia mnie do szkoły, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego, w przypadku przyjęcia mnie do szkoły – do celów organizacyjnych szkoły.

.....
podpis kandydata