

Rzeszów, dn. _____

**Do Dyrekcji
EUREKA Policealnej Szkoły Medycznej**

PODANIE

o przyjęcie do **EUREKA Policealnej Szkoły Medycznej**

zawód kształcenia (kierunek) _____
na semestr: _____

Dane osobowe:

1. Nazwisko _____
2. Nazwisko rodowe _____
3. Imiona _____, _____
4. Data i miejsce urodzenia _____
5. PESEL: _____

6. Adres stałego zameldowania:

kod pocztowy ____ - _____, miejscowość: _____
ulica: _____, nr domu: _____, nr mieszkania: _____
woj. _____, powiat: _____, gmina: _____

7. Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania):

kod pocztowy ____ - _____, miejscowość: _____
ulica: _____, nr domu: _____, nr mieszkania: _____
woj. _____, powiat: _____, gmina: _____

8. Nr telefonu: _____

9. e-mail: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Eureka Zespół Szkół, na podst. art. 4 ust. 11 zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w realizacji procesu kształcenia.

Administratorem danych osobowych jest Eureka Zespół Szkół w Rzeszowie, ul. Okulickiego 20, 35-206 Rzeszów, tel. 17 307 00 30, e-mail: sekretariat@eurekaszkola.pl

czytelny podpis składającego podanie

Zgodnie z art. 4 ust. 11 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) wyrażam zgodę na przekazywanie ofert handlowych przez Eureka Zespół Szkół. Dane będą wykorzystywane do celów marketingowych.

czytelny podpis

Notatka:

Z jakiego źródła dowiedział/a się Pan/Pani o szkole