***PODANIE O PRZYJĘCIE***

 ***DO AKADEMII TECHNIKÓW MEDYCZNYCH***

***W ŁODZI PRZY UL .Żubardzkiej 26***

 **KIERUNEK KSZTAŁCENIA :** …………………………………………………

1.Nazwisko i imię/imiona:……………………………………………………………………

2.Nazwisko rodowe[[1]](#footnote-1) : ……………………………………………………………………..

3.Data i miejsce urodzenia : ………………………………………………………………..

4.Imiona rodziców : …………………………………………………………………………

 5.Adres zamieszkania:

Województwo………………………………powiat……………………………gmina………………………...

Poczta(kod pocztowy)… …………miejscowość …………………..ulica…………………………..nr……..

7.Pesel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

8.Kontakt: tel……………………….e- mail……………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych- Dyrektora Akademii Techników Medycznych z siedzibą w Łodzi przy ul. Żubardzkiej 26.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam , że są one zgodne z prawdą .

Zapoznałem (am) się z treścią klauzuli informacyjnej , w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz wycofania.

W przypadku przyjęcia mnie do szkoły zobowiązuję się do przestrzegania Statutu i innych regulaminów szkolnych.

Łódź ,dnia………………………… ………………………

 Podpis kandydata(czytelny)

|  |
| --- |
| Dokumenty:1.świadectwo składane przy zapisie do szkoły odebrałem dnia……………………… Czytelny podpis……………………………………………………………………………… |

**Załączniki:**

1. 2.fotografie
2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej, świadectwo maturalne\*
3. Zaświadczenie lekarskie

\*właściwe podkreślić

1. Podaj jeżeli inne niż podane w pkt.1 [↑](#footnote-ref-1)