***PODANIE O PRZYJĘCIE***

 ***DO AKADEMII TECHNIKÓW MEDYCZNYCH***

***W ŁODZI PRZY UL.OBORNICKIEJ 11/13***

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

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

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

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

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

5.Nazwa i adres ukończonej szkoły średniej: ..……………………..............................

…………………………………………………………….rok. ukończenia:………………….

 6.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 dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu naboru

zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.97 (Dz.U. 133 Poz.883)

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)