Data złożenia wniosku …………………………………

# WNIOSEK O PRZYJĘCIE KANDYDATA DO SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ

*Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.*

# DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lmię\* | | | | Nazwisko | | | | | | | | | | |
| PESEL\* |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Data urodzenia\* | Dzień | | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | |
| Miejsce urodzenia | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamosci: | | | | | | | | | | | | | | |

**DANE ADRESOWE KANDYDATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania | | |
| Miejscowosć\* | ulica | Nr domu/lokalu |
|  |  |  |
| Kod pocztowy\* |  | |

**DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (należy zaznaczyć własciwą odpowiedż)**

|  |  |
| --- | --- |
| Mam problemy zdrowotne, ograniczające możliwosci wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia, potwierdzone opinią publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni  specjalistycznej. | TAK/ NIE |
| Spełniam jedno lub więcej kryteriów wymienionych wart. 131ust. 2. ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910), zgodnie z art. 134 ust.4: |  |
| wielodzietnosć rodziny kandydata | TAK/ NIE |
| niepełnosprawnosć kandydata | TAK/ NIE |
| niepełnosprawnosć jednego z rodziców kandydata | TAK/ NIE |
| niepełnosprawnosć obojga rodziców kandydata | TAK/ NIE |
| niepełnosprawnosć rodzeńistwa kandydata  ..,.... · | TAK/ NIE |
| samotne wychowywanie kandydata w rodzinie | TAK/ NIE |
| objęcie kandydata pieczą zastępcza, | TAK/ NIE |
| Posiadam orzeczenie a potrzebie kształcenia specjalnego | TAK/ NIE |

## DANE RODZICOW

**(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Matka/opiekunka prawna | Ojciec/opiekun prawny |
| lmię i nazwisko\* | |  |  |
| Telefon | |  |  |
| Adres e-mail | |  |  |
| Adres zamieszkania | | | |
| Miejscowość |  | |  |
| Ulica / |  | |  |
| Numer budynku |  | |  |
| Numer lokalu |  | |  |
| Kod pocztowy |  | |  |

## LISTA WYBRANYCH SZKÓŁ I ODDZIAŁÓW WEDłUG KOLEJNOŚCI PREFERENCJI\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkoły** | **Oddział** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TRESCI WNIOSKU**

Oswiadczam, że wszystkie wyzej podane dane sa, zgodne ze stanem faktycznym. Jestem swiadomy(a) odpowiedzialnosci karnej za złożenie fa!szywego oświadczenia.

Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016, r.Prawo oświatowe

(Dz. U. z 2020 r. poz. 910, z pózn. zm.) obejmującymi zasady rekrutacji do szkół oraz zasadami wprowadzonymi przez dyrektorów szkół do których kierowany jest niniejszy wniosek. W szczególnosci mam swiadomosć przysługujących komisji rekrutacyjnej rozpatrującej niniejszy wniosek uprawnień do potwierdzania okoliczności wskazanych w powyższych oświadczeniach.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania kandydata do szko!y będę zobowiązany(a) ***potwierdzic wolę przyjęcia*** do szko!y w terminie podanym w harmonogramie postępowania rekrutacyjnego.

Mam swiadomosś, ze brak potwierdzenia woli w ww. terminie oznacza wykreślenie kandydata z listy zakwalifikowanych i utratą miejsca w szkole.

, dnia ……………………………

podpis kandydata podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

Świebodzice, dnia ……………...

**Klauzula informacyjna**

**dla ucznia pełnoletniego/rodzica ucznia niepełnoletniego**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana (dziecka/podopiecznego) jest Zespół Szkół w Świebodzicach – ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 31, 58-160 Świebodzice.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: hebrowski@wp.pl
3. Dane osobowe Pani/Pana (dziecka/podopiecznego) przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych w związku z wykonywaniem ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r., poz. 1148) oraz art. 6 ust. 1 lit. a i c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Podanie danych jest obowiązkiem wynikającym z art. 40 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. Brak podania danych może skutkować nieprawidłowym realizowaniem obowiązków oświatowych.
5. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie delegacji zawartych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
6. Dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji obowiązku wynikającego z ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich (dziecka/podopiecznego) danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych wobec przetwarzania danych osobowych Pani/Pana (dziecka/podopiecznego) – ul. Stawki 2,

00-193 Warszawa.

………………………………………………

czytelny podpis, data

**Oświadczenia**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci mojego adresu mailowego i numeru telefonu w celach kontaktowych z placówką.

……………………………………………

czytelny podpis, data

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku (mojego dziecka/podopiecznego) na potrzeby umieszczania go na stronie internetowej jednostki.

……………………………………………

czytelny podpis, data