

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym Wniosku i załącznikach dla potrzeb związanych z przyjęciem do Medycznego Studium Zawodowego zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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. EU L 119, s. 1) – dalej RODO

TAK NIE

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez WSCKZiU nr 1 w Poznaniu o uprawnieniach przysługujących mi na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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. EU L 119, s. 1) – dalej RODO

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na nieodpłatne: rejestrowanie mojego wizerunku podczas zajęć, konkursów i uroczystości organizowanych przez WSCKZiU Nr 1 w Poznaniu, wykorzystywanie i przetwarzanie tego wizerunku oraz danych osobowych na potrzeby związane z promocją Centrum (kronika szkolna, fotograficzna dokumentacja uroczystości, gazetki ścienne, foldery i ulotki reklamowe, strona internetowa szkoły) na okres kształcenia w szkole oraz w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel ich przetwarzania.

TAK NIE

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Administratorem pozyskanych danych osobowych jest Dyrektor Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 1 w Poznaniu

Osoba do kontaktu..... Numer telefonu.....

Oświadczenie o nieposiadaniu żadnych kwalifikacji zawodowych

Oświadczam, że:

nie posiadam żadnej kwalifikacji zawodowej

posiadam kwalifikacje zawodowe

.....
Podpis wnioskodawcy