

**KOMISJA REKRUTACYJNA
ROLNICZEGO CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
W NAMYSŁOWIE**

Proszę o przyjęcie mnie do **3-letniego Publicznego Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych**

Jestem absolwentem.....

DANE OSOBOWE KANTYDATA

1. Nazwisko i imię
2. Drugie imię
3. PESEL

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

4. Data i miejsce urodzenia
5. Województwo ur.

ADRES ZAMIESZKANIA

1. Miejscowość
2. Ulica i nr domu
3. Poczta ____ - _____
4. Gmina
5. Nr telefonu
6. Adres e-mail

ADRES ZAMELDOWANIA

1. Miejscowość
2. Ulica i nr domu
3. Poczta ____ - _____

Imię i Nazwisko matki / opiekuna

Imię i Nazwisko ojca / opiekuna

.....
(podpis)

ZGODA

Na podstawie art. 6 ust. 1 i 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2017 poz. 880 z późn. Zm.)

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku w celu dopełnienia realizacji działań statutowych, promocyjnych i dydaktycznych.

.....
(podpis)

Do podania należy dołączyć:

1. Dwie podpisane fotografie
2. Oryginał świadectwa ukończenia Szkoły Średniej, 8-letniej Szkoły Podstawowej, Gimnazjum lub Szkoły Zawodowej
3. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania określonego zawodu (wydaje lekarz rodzinny)

Obowiązek informacyjny

Informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego w Namysłowie z siedzibą przy ul. Pułaskiego 3c, 46-100 Namysłów
2. Celem zbierania danych jest dopełnienie obowiązków określonych przepisami prawa lub realizacja umowy.
3. Inspektorem ochrony danych i jednocześnie osobą kontaktową w sprawie przetwarzanych danych jest: Pani Paulina Kowalczyk
Telefon: 781678723
E-mail: paulina.kowalczyk94@wp.pl
4. Przysługuje Panu/Pani prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów wynikających z przepisów prawa lub realizacji umowy. W przypadku niepodania danych, wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.
6. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione dla realizacji umowy.
7. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy, niż ten wymagany ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, licząc od początku roku następującego po roku, w którym dane osobowe zostały podane.

**KOMISJA REKRUTACYJNA
ROLNICZEGO CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
W NAMYSŁOWIE**

Proszę o przyjęcie mnie do **3-letniego Publicznego Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych**

Jestem absolwentem.....

DANE OSOBOWE KANTYDATA

1. Nazwisko i imię
2. Drugie imię
3. PESEL

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

4. Data i miejsce urodzenia
5. Województwo ur.

ADRES ZAMIESZKANIA

1. Miejscowość
2. Ulica i nr domu
3. Poczta ____ - _____
4. Gmina
5. Nr telefonu
6. Adres e-mail

ADRES ZAMELDOWANIA

1. Miejscowość
2. Ulica i nr domu
3. Poczta ____ - _____

Imię i Nazwisko matki / opiekuna

Imię i Nazwisko ojca / opiekuna

.....
(podpis)

ZGODA

Na podstawie art. 6 ust. 1 i 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2017 poz. 880 z późn. Zm.)

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku w celu dopełnienia realizacji działań statutowych, promocyjnych i dydaktycznych.

.....
(podpis)

Do podania należy dołączyć:

1. Dwie podpisane fotografie
2. Oryginał świadectwa ukończenia Szkoły Średniej, 8-letniej Szkoły Podstawowej, Gimnazjum lub Szkoły Zawodowej
3. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania określonego zawodu (wydaje lekarz rodzinny)