

**WSCKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w PoznaniuWielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu  
ul. Mostowa 6  
61-855 PoznańNr wpływu ....., data .....  
(wypełnia pracownik MSZ)

Poznań, dnia: .....

**PODANIE**

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do **Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Poznaniu**  
w zawodzie (1 – zawód pierwszego wyboru, 2 – zawód drugiego wyboru):

- Technik dentystyczny**
- Asystentka stomatologiczna**
- Higienistka stomatologiczna**
- Opiekun medyczny**
- Opiekunka dziecięca**
- Asystent osoby niepełnosprawnej**
- Opiekun osoby starszej**
- Opiekun w domu pomocy społecznej**

Nazwisko: ..... Imię/Imiona: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo): .....

Imiona rodziców: .....

<u>Adres stałego zameldowania:</u> Ulica, nr domu: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Województwo: ..... Powiat: ..... Gmina: ..... Telefon kontaktowy: ..... e-mail: ..... znacznik typ miejscowości: <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto poniżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	<u>Adres do korespondencji:</u> Ulica, nr domu: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Telefon kontaktowy: .....
--	--

Stan cywilny: ..... Obywatelstwo: ..... Narodowość: .....

Nazwisko panieńskie: ..... Pesel: \_\_\_\_\_

Rodzaj dowodu tożsamości ..... Seria i numer: .....

