

**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 PSSSiM 2)

Poznań, dnia: .....

**PODANIE**

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do **Policealnej Szkoły Służb Społecznych i Medycznych dla Dorosłych nr 2 w Poznaniu** w zawodzie (1 – zawód pierwszego wyboru, 2 – zawód drugiego wyboru):

- Opiekun medyczny**
- Asystent osoby niepełnosprawnej**
- Opiekun osoby starszej**
- Opiekun w domu pomocy społecznej**
- Asystentka stomatologiczna (stacjonarny)**
- Higienistka stomatologiczna (stacjonarny)**
- Opiekunka dziecięca (stacjonarny)**

Nazwisko: ..... Imię/Imiona: .....

Data urodzenia: .....

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

Imiona rodziców: .....

<u>Adres stałego zameldowania:</u>	<u>Adres do korespondencji:</u>
Ulica, nr domu: .....	Ulica, nr domu: .....
Kod pocztowy: .....	Kod pocztowy: .....
Miejscowość: .....	Miejscowość: .....
Województwo: .....	Telefon kontaktowy: .....
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	

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

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

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

**Orzeczenie o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej (dołączyć w przypadku jego posiadania):**

- nie dotyczy
- stopień:  znaczny  umiarkowany  lekki

Termin ważności: .....

**Ukończona szkoła średnia:**

Nazwa szkoły: .....

miejsowość: ..... województwo: ..... rok: .....

Numer świadectwa: ..... data wystawienia: .....

**Stosunek do powszechnego obowiązku służby wojskowej:**

- uregulowany  nieuregulowany
- zwolniony z powszechnego obowiązku obrony  nie dotyczy

Jeżeli zaznaczono **uregulowany/ nieuregulowany** proszę wypełnić:

Przynależność do WKU: .....

Seria i numer książeczki wojskowej: .....

- liczba osób w rodzinie kandydata .....
- stopień niepełnosprawności kandydata .....
- stopień niepełnosprawności dziecka kandydata .....
- stopień niepełnosprawności innej osoby bliskiej, nad którą kandydat sprawuje opiekę .....
- samotne wychowywanie dziecka przez kandydata .....

Prawidłowość danych zawartych w podaniu  
stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
MIEJSCOWOŚĆ DATA

**Oświadczenie**

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych.

.....  
PODPIS KANDYDATA

Do podania załączam:

1. oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej,
2. podpisane fotografie legitymacyjne – 3 szt.,
3. kserokopia dowodu osobistego,
4. orzeczenie lekarza medycyny pracy o możliwości nauki na wybranym kierunku i przydatności do zawodu (skierowanie do odbioru w sekretariacie szkoły przy składaniu dokumentów),
5. wyniki badań: kał na nosicielstwo duru brzuszego i czerwonki, szczepienia przeciw WZW (dołączyć w przypadku jego posiadania),
6. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub grupy inwalidzkiej (dołączyć w przypadku posiadania),
7. opinie z poradni psychologiczno-pedagogicznej (dołączyć w przypadku jego posiadania).