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

|  |
| --- |
| Nr wpływu………………data …………………  (wypełnia pracownik WSCKZiU) |



**PODANIE**

**(prosimy wypełniać drukowanymi literami)**

**1.** Proszę o przyjęcie mnie do **Medycznego Studium Zawodowego w Rawiczu** na wydział:

(właściwą odpowiedź zaznaczyć w kratce – X)



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa kierunku | Forma Stacjonarna  min. 3 dni  w tygodniu | Forma Zaoczna  piątki i soboty  (co 2 tygodnie) | Okres nauczania |
| Technik Masażysta |  | ---------------- | 2 lata |
| Opiekun w Domu Pomocy Społecznej |  |  | 2 lata |
| Opiekun Osoby Starszej |  |  | 2 lata |
| Technik Usług Kosmetycznych |  |  | 2 lata |
| Opiekunka Dziecięca |  |  | 2 lata |
| Terapeuta Zajęciowy |  | ----------------- | 2 lata |
| Technik Bezpieczeństwa i Higieny Pracy |  |  | 1,5 roku |
| Asystent Osoby Niepełnosprawnej |  |  | 1 rok |
| Opiekunka Środowiskowa |  |  | 1 rok |
| Opiekun Medyczny |  | ----------------- | 1,5 roku |
| Technik Sterylizacji Medycznej |  |  | 1 rok |
| Florysta |  |  | 1 rok |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Czy będziesz korzystać z Internatu (Domu Słuchacza)? | TAK | NIE |
|  |  |  |

**3.** Nazwisko: …………………………………………………………………… Imiona: ………….......................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.** | Czy jesteś ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia?  (pytanie dotyczy osób powyżej 26 roku życia) | TAK | NIE |
|  |  |  |

Data urodzenia: ………………………………………………………………..

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

Imiona rodziców: ………………………………………………………………………………………………………………………………..............

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

Nazwisko panieńskie: ……………………………………. PESEL:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres stałego zameldowania i zamieszkania** | **Adres do korespondencji** |
| ulica, nr domu: …………………………………………………..  kod pocztowy: ...............................................................................  miejscowość: ……………………………………………………..  województwo: …………………………………………………...  telefon stacjonarny: …………………………………………...  telefon komórkowy: ………………………………………......  e-mail: ……………………………………………………………….. | ulica, nr domu: ………………………………………………….  kod pocztowy: ………………………………………………… .  miejscowość: ……………………………………………………..  telefon stacjonarny: …………………………………………... |
| zaznacz typ miejscowości:  wieś  miasto poniżej 5 tys. mieszkańców  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców | |
|  | |

**5.** Orzeczenie o niepełnosprawności (dołączyć w przypadku jego posiadania):

**1)** nie dotyczy

**2)** stopień: **a)** znaczny **b)** umiarkowany **c)** lekki

Termin ważności: ………………………………………………………………..

**6.** Ukończona szkoła średnia:

Nazwa szkoły: ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

miejscowość: ……………………………………. województwo: ……………………………….. rok: ……………………………..

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

**7.** Język obcy**:**

j. angielski j. niemiecki

**Oświadczenie**

 Wyrażam zgodę na otrzymywanie od WSCKZiU w Rawiczu z siedzibą przy ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz informacji drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie w podaniu adres e-mail.

…………..………………………………………………..

Data i podpis

 Wyrażam zgodę na otrzymywanie od WSCKZiU w Rawiczu z siedzibą przy ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz informacji drogą telefoniczną na wskazany przeze mnie w podaniu numer telefonu.

………….………………………………………………..

Data i podpis

Prawidłowość danych zawartych w podaniu

stwierdzam własnoręcznym podpisem

……………………………………….. …………………………..

/MIEJSCOWOŚĆ/ / DATA/

Do podania załączam:

1. Świadectwo szkoły średniej,
2. Życiorys,
3. Zaświadczenie lekarskie (stwierdzające zdolność do nauki w wybranym zawodzie),
4. 4 fotografie legitymacyjne ( podpisane – imię, nazwisko, data urodzenia, adres).