



POMORSKIE TOWARZYSTWO EDUKACYJNE "FAMA" Sp. z o.o.

POLICEALNE MEDYCZNE STUDIUM ZAWODOWE "FAMA" w Inowrocławiu

Numer indeksu

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Imię	Nazwisko												
Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) _____ PESEL <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													Miejsce urodzenia
Imię i nazwisko ojca	Imię i nazwisko matki												
Pełna nazwa i adres ukończonej szkoły średniej lub wyższej		Rok ukończenia											

Miejsce stałego zameldowania

Ulica				Numer domu	Numer mieszkania
Miejscowość	<input type="checkbox"/> wieś	<input type="checkbox"/> miasto Do 5 tys.	<input type="checkbox"/> miasto pow. 5 tys.	Kod	Telefon
Województwo	e-mail				

Adres do korespondencji

Ulica		Numer domu	Numer mieszkania
Miejscowość	Kod	Telefon	
Województwo			

Oświadczenie

Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt. 1 w związku z art. 7 pkt. 5 ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 roku (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z 1997 roku), wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych w celu prowadzenia dokumentacji szkoły (tj. ewidencji słuchaczy, arkuszy ocen, indeksów, dyplomów i legitymacji) oraz wydawania zaświadczeń o pobieraniu nauki, wystawianych na żądanie uprawnionych organów. Wyrażam zgodę na przesyłanie wiadomości drogą elektroniczną oraz prezentowanie mojego wizerunku związanego ze szkołą na facebooku i stronie internetowej szkoły. Zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest PTE FAMA Sp. z o.o., ul. Toruńska 50, 85-023 Bydgoszcz, oraz o przysługującym mi prawie dostępu i poprawiania moich danych o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych dla celów innych niż wymienione w zdaniu pierwszym.

Miejscowość, data _____ Podpis osoby składającej oświadczenie _____
(czytelny)

Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się ze Statutem Studium PTE „Fama”		Podpis pracownika PTE „Fama”
Data _____	Podpis kandydata _____ (czytelny)	
Potwierdzam odbiór świadectwa maturalnego / ukończenia szkoły średniej		
Data _____ Podpis pracownika PTE „Fama”(czytelny) _____		

SZKOŁA Z UPRAWNIENIAMI SZKOŁY PUBLICZNEJ

Wybieram kierunek:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA | <input type="checkbox"/> TECHNIK MASAŻYSTA |
| <input type="checkbox"/> HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA | <input type="checkbox"/> TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ |
| <input type="checkbox"/> OPIEKUN MEDYCZNY | <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy |

Wybieram tryb nauki w formie :

- zaocznej stacjonarnej

Jako język obcy wybieram :

j. angielski dla

- początkujących
 zaawansowanych

Proszę podać źródło, z jakiego dowiedział/a się Pan/i o naszej szkole :

- Prasa
- jaka gazeta
- Radio
- jakie radio
- Plakaty - gdzie
- ulica
 - autobusy
 - szkoła
 - inne miejsca
- Ulotki - gdzie
- ulica
 - szkoła
 - inne miejsca
- Stała reklama uliczna
- Baner reklamowy na Carefourze
- Internet –gdzie
- Strona Szkoły
 - facebook
- Przez znajomych, kolegów
- Inne

Odebrałem/am świadectwo

Rezygnuję z nauki (powód)

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokument

.....
Data i podpis