



WNIOSEK KANDYDATA

do Dyrektora Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Starogardzie Gdańskim
83-200 Starogard Gdański, ul. Skarszewska 7, tel: 58 56 236 16

Proszę o przyjęcie mnie do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Starogardzie Gdańskim na wybrany kierunek kształcenia (proszę zaznaczyć X)

Nazwa kierunku	Forma kształcenia				Czas trwania nauki
	Tryb dzienny (5 razy w tygodniu)	Tryb stacjonarny (wieczorowy - 3 lub 4 razy w tygodniu)	Tryb zaoczny – 2 lub 3 razy w tygodniu	Kwalifikacyjny kurs zawodowy	
OPIEKUN MEDYCZNY					1,5 roku (3 semestry)
OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA				*wymagane wykształcenie średnie	1 rok (2 semestry)
ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ				*wymagane wykształcenie średnie	1 rok (2 semestry)
ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA					1 rok (2 semestry)
TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ					1 rok (2 semestry)
TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY					2 lata (4 semestry)
TECHNIK MASAŻYSTA					2 lata (4 semestry)
OPIEKUNKA DZIĘCIĘCA				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
OPIEKUN OSOBY STARSZEJ				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ				*wymagane wykształcenie podstawowe	2 lata (4 semestry)
HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA					2 lata (4 semestry)
PODOLOG					2 lata (4 semestry)

NAZWISKO

IMIONA

DATA URODZENIA PESEL

IMIONA RODZICÓW

OBYWATELSTWO

WYKSZTAŁCENIE	PODSTAWOWE/ GIMNAZJALNE	ŚREDNIE BEZ MATURY	ŚREDNIE Z MATURĄ	WYŻSZE
NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY				
MIEJSCOWOŚĆ				
ROK				

ADRES ZAMIESZKANIA
KANDYDATA

TELEFON

E - MAIL

OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ
W RAZIE WYPADKU Imię i nazwisko, telefon

Starogard Gd., dnia:

(czytelny podpis kandydata)



Oświadczenie dotyczące treści Wniosku

Zgodnie z art. 150 ustawy Prawo oświatowe (tekst jednolity Dz.U. 2023 poz. 900) oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Starogard Gd., dnia:

.....
(czytelny podpis kandydata)

Informacja dotycząca obowiązkowego szczepienia

Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Starogardzie Gdańskim informuje, że zgodnie z § 7. ust. 1. pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych istnieje obowiązek wykonania szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B przez uczniów szkół medycznych. Po rozpoczęciu nauki Słuchacz zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o szczepieniu wg wzoru obowiązującego w szkole.

Starogard Gd., dnia:

.....
(czytelny podpis kandydata)

Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole? (proszę zaznaczyć krzyżykiem)

Rodzina	Znajomi	Internet (jaka strona?)	Strona internetowa szkoły	Banery, plakaty, ulotki (gdzie się znajdowały?)	Imprezy miejskie (jakie?)	Inne (jakie?)

Załączniki (proszę zaznaczyć):

Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość (do wglądu)*	
Świadectwo ukończenia szkoły średniej (podstawowej/zawodowej/gimnazjum – na KKZ) ORYGINAŁ	
Zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwwskazań do nauki	
1 (2) fotografie podpisane na odwrocie do indeksu (i legitymacji)**	

*Podpis pracownika weryfikującego tożsamość

** Nie dotyczy KKZ

Starogard Gd., dnia:

.....
(czytelny podpis pracownika szkoły)

Uwaga!

Kandydatowi w terminie 7 dni od podania do wiadomości listy kandydatów przyjętych i nieprzyjętych, przysługuje możliwość złożenia wniosku o uzasadnienie odmowy przyjęcia.

Klauzula informacyjna dla kandydatów do szkoły

Administratorem Państwa danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Starogardzie Gdańskim , ul. Skarszewska 7. Pozostałe informacje dotyczące ochrony danych osobowych znajdują się na stronie https://medyk-stg.pl/rodo_14.pl .