

.....
(PIECZĄTKA SZKOŁY)

.....
(DATA)

NR w KS.....

WNIOSEK CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO "PATRONUS"

Proszę o przyjęcie mnie do ZAOCZNEGO LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO DLA DOROSŁYCH
na semestr..... w roku szkolnym 20...../20.....

DANE OSOBOWE

.....
IMIĘ/IMIONA, NAZWISKO

.....
DATA I MIEJSCE URODZENIA

.....
ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM

.....
IMIONA RODZICÓW

.....
PESEL

.....
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

.....
ADRES E-MAIL

ZAŁĄCZNIKI:

1. ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA OSTATNIEJ SZKOŁY (ORYGINAŁ LUB ODPIS NOTARIALNY)
2. FOTOGRAFIA



Centrum Kształcenia Ustawicznego „PATRONUS”
ul. Warszawska 214/2
25-414 – Kielce
Tel/Fax. 41 372 99 99

ZOBOWIĄZANIE Z DNIA

1. Zobowiązuje się ściśle przestrzegać wszystkich przepisów zawartych w Statucie Szkoły, rozporządzenia i regulaminie szkoły.
2. Zobowiązuje się do informowania Dyrektora o każdorazowej zmianie danych przedstawionych w kwestionariuszu.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji przez Centrum Kształcenia Ustawicznego „PATRONUS” z siedzibą w Kielcach przy ul. Warszawskiej 214/2. Jednocześnie oświadczam że zostałam/zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach i celach związanych z przetwarzaniem moich danych, które zostały określone w klauzuli informacyjnej.
4. Zobowiązuje się przestrzegać minimum 50 % frekwencji, będącej podstawą zaliczenia semestru. Brak 50% frekwencji w danym miesiącu skutkuje naliczeniem opłat w kwocie równoważności utraconej subwencji.

.....
(DATA)

.....
(PODPIS SŁUCHACZA)

OŚWIADCZENIE SŁUCHACZA:

1. Ja, niżej podpisany zrzekam się dobrowolnie ubezpieczenia od NW przez szkołę.
2. Ja, niżej podpisany w razie nie zaliczenia semestru proszę o umożliwienie mi powtarzania semestru, zgodnie z zasadami przyjętymi przez obowiązujące prawo oświatowe.
3. Ja, niżej podpisany oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na naukę w systemie zaocznym dla osób dorosłych.
4. Stwierdzam, że dane przedstawione w niniejszej karcie są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej.
5. Oświadczam, że pouczono mnie o wglądzie do moich danych osobowych.

.....
(DATA)

.....
(PODPIS SŁUCHACZA)



Centrum Kształcenia Ustawicznego „PATRONUS”
ul. Warszawska 214/2
25-414 – Kielce
Tel/Fax. 41 372 99 99