Załącznik nr 2a do Regulaminu

UWAGA: <u>WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI</u>

Dyrektor
Białostockiego Centrum Edukacji
Ul. Ciepła 32, 15-472 Białystok

Wniosek[1]

o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy osoby niepełnoletniej

z zakresu kwalifikacji:

.....

(oznaczenie i nazwa kwalifikacji) *– zgodnie z ofertą KKZ na dany rok szkolny*

1. Dane osobowe kandydata

Nazwisko	**Imię pierwsze**
Imię drugie	

2. Data i miejsce urodzenia kandydata

DD/MM/RRRR	**Miejsce urodzenia**
Województwo	**Kraj**

3. Imiona i nazwiska rodziców kandydata niepełnoletniego

Imię i nazwisko ojca	**Imię i nazwisko matki**

4. Adres zamieszkania kandydata

Miejscowość		
Ulica	**Nr domu**	**Nr mieszk.**
Województwo	**Kod pocztowy**	**Poczta**

5. Adres zamieszkania ojca kandydata niepełnoletniego

Miejscowość		
Ulica	**Nr domu**	**Nr mieszk.**
Województwo	**Kod pocztowy**	**Poczta**

5a. Adres zamieszkania matki kandydata niepełnoletniego

Miejscowość		
Ulica	**Nr domu**	**Nr mieszk.**
Województwo	**Kod pocztowy**	**Poczta**

[1] Zgodnie z art. 130 ust. 4 ustawy Prawo oświatowe, postępowanie rekrutacyjne jest prowadzone na wniosek kandydata lub rodzica kandydata niepełnoletniego

6. Dane kontaktowe kandydata

Tel. kontaktowy	**Adres e-mail**

7. Dane kontaktowe rodziców kandydata niepełnoletniego

Tel. kontaktowy	**Adres e-mail**

8. PESEL kandydata

W przypadku braku nr PESEL – rodzaj, seria i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

9. Kandydat pracuje zawodowo:* ☐ **TAK** ☐ **NIE**

10. Ostatnio ukończona przez kandydata szkoła:*

☐	szkoła podstawowa
☐	gimnazjum
☐	zasadnicza szkoła zawodowa
☐	liceum ogólnokształcące / profilowane
☐	technikum
☐	inna, jaka:

11. Oświadczam, że*:

☐ kandydat nie posiada żadnych kwalifikacji zawodowych

☐ kandydat posiada kwalifikacje zawodowe:……
(wpisać posiadane kwalifikacje zawodowe)

……
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

12. Do wniosku dołączam następujące załączniki:*

☐ **oryginał/kopia poświadczona za zgodność z oryginałem świadectwa ukończenia ostatniej szkoły;**

☐ **zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego;**

☐ **zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu;**

☐ **oświadczenie o posiadaniu prawa jazdy kat T lub B, C+E, B+E celem zwolnienia z obowiązku odbywania nauki jazdy ciągnikiem rolniczym (dotyczy kwalifikacji: *ROL.04.,ROL.05.,ROL.10., OGR.03*);**

☐ orzeczenie o . . . . . .

☐ oświadczenie o . . . . . .

☐ opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej;

☐ inne: . . . . . .

. . . . . .
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku kandydata (oraz głosu, wypowiedzi, imienia, nazwiska, itp.) w wydawnictwach, audycjach telewizyjnych, radiowych, publikacjach w Internecie, akcjach i materiałach promocyjnych i/lub reklamach realizowanych w ramach statutowych działań Białostockiego Centrum Edukacji w Białymstoku. Przetwarzanie wizerunku odbywać się będzie zgodnie z ustawą z 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 83 z późn. zm.).

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczam, iż jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń oraz podanie we wniosku oraz załącznikach do wniosku fałszywych danych, a o wszystkich zmianach tych danych poinformuję pisemnie szkołę w ciągu 14 dni od daty zaistniałej zmiany.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., dalej jako „RODO", Białostockiego Centrum Edukacji w Białymstoku informuje, iż:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Białostockie Centrum Edukacji w Białymstoku z siedzibą w Białymstoku, ul. Ciepła 32, 15-472 Białystok.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail odo@bce.edu.pl, tel. (85) 651 58 55.
3. Dane osobowe są zbierane w celu realizacji procesu kształcenia na podstawie ustawy Prawo oświatowe/Ustawy o Systemie Oświaty, ustawy System Informacji Oświatowej (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO), a także w celu realizacji prawnie usprawiedliwionych interesów Administratora danych (zgodnie z art. 6 ust 1 lit. f RODO).
4. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, ale jest niezbędne w celu podjęcia nauki na kwalifikacyjnych kursach zawodowych.
5. Osobom, które podają dane osobowe przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz, z zastrzeżeniem przepisów prawa, przysługuje prawo do: sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody.
5. Osobom, które podają dane osobowe przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Administrator oświadcza, iż dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
7. Dane osób, które podają dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom zewnętrznym zgodnie przewidzianych przepisami prawa oraz podmiotom realizującym zadania w imieniu administratora.
8. Pozyskane dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów, zgodnie z przepisami szczegółowymi.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

*** wpisać znak X w kwadracie**

REZYGNACJA

Dnia …… r. rezygnuję z nauki.

Podpis słuchacza …… Rezygnację przyjął ……