

Nr/ 2025

**Dyrektor
Zespołu Szkół Rolniczych w Sokółce
Centrum Kształcenia Zawodowego
w Sokółce
ul. Polna 1
16-100 Sokółka**

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

Imiona:

Data i miejsce urodzenia:

Adres:

(ulica, nr domu)

(kod, miejscowość)

.....
Adres poczty elektronicznej

.....
Telefon kontaktowy

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie mnie w roku szkolnym 2025/2026 na kwalifikacyjny kurs zawodowy w zawodzie:

- 1. TECHNIK RACHUNKOWOŚCI** Kwalifikacja **EKA.07. PROWADZENIE RACHUNKOWOŚCI**
Prowadzony w systemie zaocznym

Sokółka, dn.
(data i czytelny podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych i wizerunku w zakresie działalności dydaktyczno-wychowawczej szkoły, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 ze zm.)
- otrzymywanie materiałów informacyjnych i reklamowych drogą pocztową, elektroniczną, telefoniczną.

.....
(data i czytelny podpis kandydata)

Wykaz załączników:

1. oryginał świadectwa ukończenia szkoły, lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez dyr. szkoły lub notariusza T / N
2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych T / N
3. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności T / N

Przyjął i sprawdził:

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego dokumenty)

INFORMACJE DODATKOWE

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA					
Nazwisko		Imię(pierwsze)			
Nazwisko rodowe		Imię(drugie)			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia			
Imię ojca		Imię matki			
II. ADRES ZAMIESZKANIA					
Kod		Miejscowość		Woj.	
Ulica		Nr domu		Nr mieszk.	
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż podano wyżej)					
telefon		komórkowy		inny	
e-mail					
III. POSIADANE WYKSZTAŁCENIE (wpisać właściwe: podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie) posiadany zawód:					
UKOŃCZONE kursy/uprawnienia (prawo jazdy kat./zainteresowania/umiejętności)					
Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku (nazwisko, imię, adres, telefon)					
ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI oraz inne niezbędne/ ważne informacje					
OŚWIADCZAM, że dane zawarte w pkt. I i II są zgodne z dowodem osobistym					
Seria nr		wydany przez:		W roku	
Data składania dokumentów		Czytelny podpis kandydata:			
Sokółka, dnia					

UWAGA! W przypadku zmiany danych osobowych, nazwiska, dowodu osobistego, adresu, nr. Telefonu itp. proszę powiadomić sekretariat w czasie 1 miesiąca od zaistniałych zmian.