POMORSKIE TOWARZYSTWO EDUKACYJNE „FAMA” Sp. z o.o. w BYDGOSZCZY

SZKOŁY MEDYCZNE „FAMA”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZNIA/SŁUCHACZA

Dane osobowe *(wypełnić drukowanymi literami)*:

nazwisko:

imię (imiona):

data i miejsce urodzenia:

d d m m r r r r

numer PESEL:

nazwisko i imię ojca:

nazwisko i imię matki:

Adres zamieszkania *(wypełnić drukowanymi literami)*:

miejscowość:

ulica i numer domu:

kod pocztowy i poczta: –

nr telefonu z kierunkowym: mail: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych w celu prowadzenia dokumentacji szkoły oraz wydawania zaświadczeń o pobieraniu nauki, wystawianych na żądanie uprawnionych organów.

.....

data i czytelny podpis

Wybieram kierunek:

□ Asystentka stomatologiczna
□ Higienistka stomatologiczna
□ Opiekun medyczny
□ Technik masażysta
□ Technik sterylizacji medycznej
□ Terapeuta zajęciowy

□ inny ……

Potwierdzam odbiór świadectwa maturalnego / ukończenia szkoły średniej.

.....

data i czytelny podpis pracownika. PTE „FAMA” Sp. z o.o.