

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY

w ramach kwalifikacji A.23 PROJEKTOWANIE FRYZUR

w obrębie zawodu 514105 TECHNIK USŁUG FRYZJERSKICH

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

PESEL:
(w przypadku braku numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/lokalu)

Numer telefonu:

Adres e-mail

Data i godzina
złożenia wniosku:

Do podania załączam:

1. świadectwo ukończenia szkoły (oryginał, odpis, duplikat lub ksero poświadczone przez notariusza).
2. zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu w danym zawodzie.
3. dokumenty potwierdzające spełnianie przez kandydata odpowiednich kryteriów rekrutacji:
 - a. oświadczenie o zameldowaniu na terenie Miasta Ruda Śląska,
 - b. oświadczenie o nieposiadaniu żadnych kwalifikacji zawodowych,
 - c. oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata,
 - d. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - e. prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka oraz niewychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

do Polityki bezpieczeństwa i ochrony przetwarzania danych osobowych
wraz z instrukcją zarządzania systemem informatycznym
w Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej

....., dn. r.

.....
(imię i nazwisko)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, W TYM DANYCH SZCZEGÓLNYCH KATEGORII¹

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmującej następujący zakres: **numer telefonu i adres e-mail** i / lub **dane dotyczące zdrowia** zawarte w dokumentach dołączonych do wniosku i / lub deklaracji przystąpienia do egzaminu zawodowego.

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest **Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej** z siedzibą przy ulicy **Gen. J. Hallera 6, 41-709 Ruda Śląska**.
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym mogę się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pod numerem telefonu **32 340 49 18**, adresem poczty elektronicznej **inspektor@ckprsl.pl** lub pisemnie na adres wskazany w **punkcie I**.
3. Moje dane osobowe przetwarzane są w celu **przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego oraz kształcenia na kwalifikacyjnym kursie zawodowym, przeprowadzenia egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz prowadzenia ewidencji wydanych świadectw i dyplomów potwierdzających kwalifikację w zawodzie** na podstawie:
 - a. zgody na przetwarzanie danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów (**art. 6 ust. 1 lit. a RODO²**),

¹ Dane szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane genetyczne, dane biometryczne wykorzystywane do identyfikacji, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej.

² rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

- b. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (**art. 6 ust. 1 lit. c RODO**), w szczególności:
- art. 117 ust. 5, art. 146 - 147 **ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe**,
 - art. 11 ust. 2, art. 44zzzv, art. 95a **ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty**,
4. Moje dane osobowe Administrator danych udostępnia następującym kategoriom podmiotów:
- a. podmiotom świadczącym wybrane usług w zakresie:
- **wykonywania badań wstępnych, okresowych, kontrolnych, sanitarno-epidemiologicznych oraz innych świadczeń profilaktycznych** (Centrum Medyczne POST MEDICAL – EwaMed Ewa Żurek-Świerc, ul. Pocztowa 7, 41-710 Ruda Śląska),
 - **bezpieczeństwa i higieny pracy, w szczególności prowadzenia dokumentacji wypadkowej, doradztwa oraz szkoleń** (Centrum Usług BHP i PPOŻ, ul. Ogińskiego 14, 41-710 Ruda Śląska),
5. Administrator danych nie przekazuje moich danych poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
6. Administrator danych moje dane osobowe **przechowuje przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.**
7. Przysługują Mi:
- a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych,
 - c. prawo do usunięcia danych,
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
 - e. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
 - f. prawo do przenoszenia danych,
 - g. prawo do wzniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych),
 - h. prawo cofnięcia zgody na przetwarzania danych osobowych.
8. Podanie przeze mnie danych jest:
- a. **wymogiem ustawowym**, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - b. **dobrowolne**, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody.

.....
(data i podpis osoby)

przeptywu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).