PODANIE DO ZESPOŁU SZKÓŁ CENTRUM KSZTAŁCENIA ROLNICZEGO W KOWALU

KURSY KWALIFIKACYJNE

87-820 Kowal ul. Kazimierza Wielkiego 9 **tel. 54 2842219 fax. 54 2842219**
www.zskowal.edu.pl **e-mail: zskowal@zskowal.edu.pl**

Uwaga: Kartę wypełnić drukowanymi literami.

DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE DO REKRUTACJI	
Nazwisko	
Imię/Imiona	
Pesel	
Data Urodzenia (miesiąc wpisać słownie)	
Miejsce Urodzenia	
Adres Zamieszkania (Koniecznie Z Kodem Pocztowym)	
(Gmina, Województwo)	
Numer Telefonu	
Adres E-Mail	
Adres Zameldowania (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
(Gmina, Województwo)	
Wykształcenie	
Ukończona Szkoła (nazwa szkoły, miejscowość)	

WYBRANY KIERUNEK KSZTAŁCENIA ***(ZAKREŚLIĆ WYBRANY)***

- ☐ **Kurs HGT.02 Przygotowanie i wydawanie dań – zawód kucharz**
- ☐ **Kurs ROL.04 Prowadzenie produkcji rolniczej – zawód rolnik.**
- ☐ **Kurs ROL.03 Prowadzenie produkcji pszczelarskiej – zawód pszczelarz.**
- ☐ **Kurs ROL.09 Organizacja i nadzorowanie produkcji pszczelarskiej – technik pszczelarz.**
- ☐ **Kurs ROL.10 Organizacja i nadzorowanie produkcji rolniczej – technik rolnik.**

☐ Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie danych osobowych wizerunkowych mojego dziecka/mojego podopiecznego do celów budowania pozytywnego wizerunku Administratora Danych Osobowych w przestrzeni publicznej i w mediach.

☐ Na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz., 59), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu do celów rekrutacji i kształcenia w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Kowalu.

....
(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)

Załączniki:

- ☐ Świadectwo ukończenia szkoły.
- ☐ Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu.
- ☐ Opcjonalnie: zaświadczenie o użytkowaniu lub posiadaniu gospodarstwa rolnego / pasieki.