

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY SZKOŁY MEDYCZNEJ STM CZĘSTOCHOWIE

Data zapisu do szkoły			
Nazwisko		Nazwisko rodowe	
Imię pierwsze		Imię drugie	
Imiona rodziców			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL			
Adres zameldowania	ulica:	nr domu/mieszkania:	
	kod pocztowy:	miejsowość:	
	gmina:	powiat:	
Adres zamieszkania	ulica:	nr domu/mieszkania:	
	kod pocztowy:	miejsowość:	
	gmina:	powiat:	
Telefon komórkowy			
Adres e-mail			
Ukończona szkoła średnia (nazwa, miejscowość)			
Wybieram kierunek kształcenia			
Tryb kształcenia	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> zaoczny		
Sposób pozyskania informacji o szkole (zaznacz właściwe)	A. ulotka reklamowa B. reklama zewnętrzna: plakaty / banery C. radio D. prasa E. od znajomych F. Internet G. Facebook inne (wymień):		
Drugi wybrany przeze mnie kierunek (w przypadku gdyby kształcenie na kierunku wybranym jako pierwszy nie było możliwe)			

Do kwestionariusza załączam:

Spis dokumentów	Ilość (numer) dokumentów	Pokwitowanie odbioru dokumentów przez słuchacza
Świadectwo ukończenia szkoły		
Fotografie legitymacyjne		
Zaświadczenie lekarskie		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez STM Sp. z o.o. do celów działalności statutowej, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883).

Oświadczam, że zostałem poinformowany o poniższym:

1.Administratorem moich danych osobowych jest STM Sp. z o.o. z siedzibą w Częstochowie, ul. Kilińskiego 5.

2.Celem zbierania przez administratora danych osobowych jest prowadzenie prawidłowej obsługi procesu dydaktycznego.

3.Mam prawo do wglądu do swoich danych osobowych, zbieranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

.....
Podpis

Oświadczam, że podane prze zemnie dane osobowe są prawdziwe.

Zobowiązuje się do powiadomienia sekretariatu o każdorazowej zmianie danych osobowych.

.....
Podpis