

Numer:	Data wpływu:

**PRYWATNE MEDYCZNE STUDIUM TECHNIKI DENTYSTYCZNEJ KM DENTAL
WE WROCŁAWIU**

**PODANIE
o przyjęcie na rok szkolny 2010/2011**

DANE PERSONALNE

Kobieta Mężczyzna

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Seria i nr dowodu osobistego

PESEL

Imiona rodziców

Adres stałego zameldowania

.....

.....

.....

tel. dom.

miasto ≥ 10 tys. mieszkańców*

miasto < 10 tys. mieszkańców*

wieś*

Adres do korespondencji

.....

.....

.....

tel. dom.

tel. kom.

e-mail

Uwagi

.....

.....

STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ

przedpoborowy poborowy przeniesiony do rezerwy zwolniony od powszechnej służby wojskowej

kategoria seria i nr książeczki wojskowej

przynależność do wojskowej komendy (adres):

WYKSZTAŁCENIE

Nazwa ukończonej szkoły
ponadgimnazjalnej

Rok ukończenia

R	R	R	R
---	---	---	---

DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI, ZAINTERESOWANIA

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam również, że przepisy art. 233 KK o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością są mi znane.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych oraz związanych z nauką w Prywatnym Medycznym Studium Techniki Dentystycznej zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

Podpis

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE

(wypełnia osoba, która będzie pokrywała koszty związane z nauką)

Nazwisko

Imię

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Podpis

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTÓW

1. Potwierdzam odbiór dokumentów z powodu: nie przyjęcia do szkoły*/rezygnacji*/ukończenia nauki */inne*
2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej nr z dnia.....
3.
4.
5.

Podpis

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

POSTĘPOWANIE KWALIFIKACYJNE

W wyniku postępowania kwalifikacyjnego kandydat został*/nie został* przyjęty w roku szkolnym 2010 / 2011 na I rok kształcenia w zawodzie technik dentystyczny.

Podpis

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

LISTA KONTROLNA

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | podanie |
| <input type="checkbox"/> | świadectwo ukończenia szkoły średniej |
| <input type="checkbox"/> | 4 zdjęcia |
| <input type="checkbox"/> | orzeczenie lekarskie |
| <input type="checkbox"/> | kserokopia dowodu osobistego (strony ze zdjęciem, numerem serii i miejscem zameldowania) |
| <input type="checkbox"/> | kserokopia dowodu wpłaty opłaty wpisowej i rekrutacyjnej |

KM Dental Sp. z o.o.
Prywatne Medyczne Studium Techniki Dentystycznej

54-239 Wrocław, ul. Ojców Oblatów 1
tel./faks (071) 350 61 66

e-mail: kmdental@kmdental.com.pl; www.kmdental.com.pl