



Lidzbark Warm.; dnia.....

**Dyrekcja Zaocznego  
Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych,  
11-100 Lidzbark Warm., ul. Orła Białego 7**

**Podanie**

**Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do LO dla Dorosłych do klasy ..... semestr.....  
w roku szkolnym 2021/2022.**

Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ”, w tym, że administratorem moich danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu wykonania zawartej ze mną umowy, przez okres jej obowiązywania, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

.....  
Czytelny podpis Kandydata

**DANE OSOBOWE KANDYDATA:**

1.	<b>NAZWISKO</b> Nazwisko rodowe	
2.	<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	
3.	<b>Data i miejsce urodzenia:</b>	
4.	<b>PESEL:</b>	
5.	<b>Adres zamieszkania:</b>	
6.	<b>Telefon słuchacza</b>	<b>Rodziców<sup>1</sup></b>
7.	<b>Imiona rodziców<sup>(2)</sup></b>	
8.	<b>Adres elektroniczny (E-mail)</b>	
9.	<b>W przypadku przyjęcia na wyższy semestr adres szkoły poprzedniej</b>	

Wymagane dokumenty:

- 1. Świadectwo szkoły podstawowej, zawodowej lub promocyjne
- 2. 2 fotografie

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:**

**Pozytywna - negatywna**

Słuchacz/ka.....

.....Przyjęty/a do klasy....., sem. .... .rok. szk. 2021-2022

**Data, akceptacja Dyrektora Szkoły**

<sup>1</sup> Dla uczniów niepełnoletnich



## **Dodatkowe zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Abyśmy mogli kontaktować się z Tobą również po zrealizowaniu umowy, czy w innych celach, potrzebujemy od Ciebie odrębnej zgody. To Ty decydujesz, na co wyrażasz zgodę.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji marketingowych dotyczących usług świadczonych przez W-M ZDZ drogą telefoniczną.*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji marketingowych dotyczących usług świadczonych przez W-M ZDZ drogą elektroniczną (e-mail).*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez W-M ZDZ, w celu przekazywania mi informacji o zbliżającym się terminie utraty ważności certyfikatu/ uprawnienia, wraz z informacją o możliwości ich odnowienia.*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zebranych podczas realizacji usług w W-M ZDZ w celach archiwizacyjnych, dzięki czemu będę mógł uzyskać duplikaty dokumentów (zaświadczeń, uprawnień, itp.).*

TAK

NIE

*Wyrażam zgodę na umieszczanie mojego wizerunku w mediach społecznościowych (np. firmowy fanpage), których administratorem jest Centrum Edukacji W-M ZDZ.*

TAK

NIE

Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Cię o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Jeśli nie odmawiasz podania tych informacji, zdecyduj czy godzisz się na przetwarzanie tych danych czy nie.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii (w tym dotyczących niepełnosprawności) przez W-M ZDZ w celu.....*

TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali moje dane należące do szczególnych kategorii

NIE

---

*Data i czytelny podpis Uczestnika*