

2) dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych wyznaczonego u Administratora, z którym mogę się kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw: e-mail: inspektor.wzsp@wp.pl oraz pisemnie na adres siedziby Administratora wskazanym w pkt. 1),

3) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia mnie do szkoły oraz realizacji zadań związanych z moim kształceniem w Pomorskiej Medycznej Szkole Policealnej im. Alina Pienkowskiej w Gdyni na podstawie art. 6 lit. c RODO (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe oraz Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty) oraz udzielonej przeze mnie zgody (np. wizerunek);

4) moje dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów prawa. W przypadku nieprzyjęcia mnie do szkoły, dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana przez okres 1 roku; w przypadku przyjęcia mnie do szkoły dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana nie dłużej niż do końca okresu kształcenia; przez okres 5 lat (dzienniki lekcyjne, dzienniczki praktyk) oraz 50 lat (arkusze ocen), a także gdy będzie miało to zastosowanie – do momentu odwołania mojej zgody.

5) odbiorcami moich danych mogą być: SIO, OKE, firmy pocztowe, placówka/lekarz medycyny pracy oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa;

6) posiadam prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (dotyczy cofnięcia zgody) lub ograniczenia przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale wymagane przez przepisy prawa. Odmowa podania danych będzie skutkować odrzuceniem mojego podania/wniosku oraz nie przyjęciem do szkoły.

Jestem zobowiązany wykonać i przedłożyć poniższe wyniki badań lekarzowi medycyny pracy		
Morfologia	Rtg klatki piersiowej	Kał na nosicielstwo
Badanie ogólne moczu	ALAT, ASPAT	

.....
(data)

.....
(podpis)

Wymagane dokumenty :

Świadectwo ukończenia szkoły ORYGINAŁ		2 fotografie (30mmx42mm) podpisane na odwrocie – nie dotyczy KKZ		1 fotografię (30mmx42mm) podpisaną na odwrocie – dotyczy KKZ	
--	--	---	--	---	--

.....
(data)

.....
(podpis pracownika szkoły)

Skąd po raz pierwszy dowiedział/a się Pan/i o szkole :

.....
.....

DECYZJA KOMISJI

Decyzją Komisji rekrutacyjnej Kandydat został / nie został* przyjęty na w/w Kierunek lub Kurs do Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej im. Aliny Pienkowskiej w Gdyni.

Gdynia

.....
(podpis przewodniczącego K.R.)

*kandydatowi w terminie 7 dni od podania do wiadomości listy kandydatów przyjętych i nie przyjętych, przysługuje możliwość złożenia wniosku o uzasadnienie odmowy przyjęcia.