

WYPEŁNIA SEKRETARIAT:					ZAŁĄCZNIKI:
Data złożenia podania:	Data przyjęcia do szkoły:	Nr w KS:	Kod kierunku:	Podpis osoby przyjmującej podanie:	<input type="checkbox"/> 1 zdjęcie <input type="checkbox"/> Oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej <input type="checkbox"/> * Zaświadczenie lekarskie (dotyczy Organizacji Produkcji Filmowej i Telewizyjnej oraz Realizacji Dźwięku). Skierowanie dostępne w sekretariacie ROE
Ocena z PP:..... Typ szkoły.....		Słuchacz powtarza sem..... z kierunku (kod).....			

## PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> we Wrocławiu | <input type="checkbox"/> REALIZACJA DŹWIĘKU *           | <input type="checkbox"/> CHARAKTERYZACJA              |
| <input type="checkbox"/> w Poznaniu   | <input type="checkbox"/> FOTOGRAFIA I REALIZACJA OBRAZU | <input type="checkbox"/> SCENOGRAFIA I KOSTIUMOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> w Warszawie  | <input type="checkbox"/> ORGANIZACJI PRODUKCJI          |   |
| <input type="checkbox"/> w Katowicach | <input type="checkbox"/> FILMOWEJ I TELEWIZYJNEJ *      |   |

### DANE OSOBOWE

NAZWISKO:		IMIONA:	
ADRES EMAIL:		DATA URODZENIA: ____ - ____ - ____ (dzień) (miesiąc) (rok)	
TELEFON KOMÓRKOWY: ____ - ____ - ____ - ____ - ____		MIEJSCE URODZENIA: _____	
TELEFON STACJONARNY: ( ____ ) ____ - ____ - ____ - ____		WOJEWÓDZTWO: _____	
NUMER PESEL: _____	OBYWATELSTWO: _____		
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO: _____	IMIĘ OJCA: _____		
	IMIĘ MATKI: _____		

### ADRES ZAMELDOWANIA

ULICA: _____ NR: ____ / ____	TYLKO, JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMELDOWANIA
KOD POCZTOWY: ____ - ____ POCZTA: _____	MIEJSCOWOŚĆ: _____
MIEJSCOWOŚĆ: _____ WOJ.: _____	ULICA: _____ NR: ____ / ____
POWIAT: _____ GMINA: _____	KOD: ____ - ____ POCZTA: _____
DZIELNICA (DOTYCZY MIAST POWYŻEJ 100 TYŚ. MIESZKAŃCÓW): _____	
<input type="checkbox"/> WIEŚ <input type="checkbox"/> MIASTO DO 5 TYŚ. MIESZKAŃCÓW <input type="checkbox"/> MIASTO POWYŻEJ 5 TYŚ. MIESZKAŃCÓW	

### WYKSZTAŁCENIE

NR i TYP UKOŃCZONEJ SZKOŁY ŚREDNIEJ:	MIEJSCOWOŚĆ:	ROK UKOŃCZENIA:
PODAJ SWÓJ STATUS: <input type="checkbox"/> UCZEŃ SZKOŁY POLICEALNEJ <input type="checkbox"/> STUDENT STUDIÓW: <input type="checkbox"/> ZAOCZNYCH <input type="checkbox"/> DZIENNYCH <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA <input type="checkbox"/> INNE: .....		

### SKĄD DOWIEDZIAŁ(A) SIĘ PAN(I) O NASZEJ SZKOLE:

- Znajomi, rodzice, pedagodzy szkolni
- Materiały drukowane: ulotki, plakaty
- Internet (wyszukiwarki, strona szkoły)
- Inne źródło: .....

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Regionalny Ośrodek Edukacji Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Uniwersytecka 1, 50-145 Wrocław jako administratora danych, w zakresie podanym w formularzu do celów niezbędnych w zakresie kształcenia. Zgodnie z art. 13 ust. 1 RODO z dnia 27 kwietnia 2016r. (UE) 2016/679 informujemy, że administratorem Pani/Pana danych jest Regionalny Ośrodek Edukacji Sp. z o.o. z/s we Wrocławiu przy ul. Uniwersyteckiej 1, zwanym dalej ROE Sp. z o.o.;

Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich wglądu, aktualizowania, przeniesienia lub ich poprawiania w każdym czasie; W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego; Pana/Pani dane będą przetwarzane na potrzeby procesu kształcenia oraz po jego zakończeniu w czasie określonym w Ustawie Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. (Dz.U. z 2017r. poz. 59 z późn. zm.) oraz innych przepisów szczególnych.

.....  
Data

.....  
Prawidłowość danych zawartych w podaniu  
potwierdzam własnoręcznym podpisem