



Szkoła Policealna Studium Pracowników Medycznych i Społecznych

78-600 Wałcz, ul. Kilińszczaków 59

Tel.: 501 763 727

Fax: 58 302 49 71

walcz@oswiatalingwista.eu, www.szkołymedyczne.eu

PODANIE

Wybrany kierunek:

Miejsce zajęć: Wałcz, ul. Kilińszczaków 59

1. Nazwisko: Imiona: 1 2
2. Data i miejsce urodzenia: dzień miesiąc rok
w woj. kraj
3. Nazwisko rodowe Imiona rodziców:
4. Narodowość obywatelstwo
5. Adres stałego zameldowania: miejscowość
(podkreślić właściwe: miasto do 5 tys. mieszkańców, miasto powyżej 5 tys., wieś)
ulica nr domu/lokalu
kod pocztowy poczta województwo
6. Adres do korespondencji (jeśli inny niż w/w):
ul. nr domu/lokalu
kod pocztowy poczta miejscowość
7. Numer telefonu: e-mail:
8. Seria i numer dowodu osobistego: PESEL
9. Wykształcenie:
Ukończona szkoła:
10. Miejsce zatrudnienia i stanowisko: adres zakładu pracy
..... stanowisko
11. **Skąd dowiedziała(e)s się o naszej szkole? (zaznacz właściwe):** radio / reklama zewnętrzna / ulotka rozdawana na ulicy / wizyta w szkole / inne źródła / e-mail z reklamą / strona internetowa szkoły / prasa / telewizja / informatory zewnętrzne / książki teleadresowe / targi edukacyjne / znajomi / ulotka w skrzynce pocztowej / Facebook / Twitter
12. **Uzasadnienie wyboru szkoły:**

.....
(data, podpis kandydata)

Załączniki:

1. świadectwo ukończenia szkoły średniej lub maturalne (oryginał lub ksero potwierdzone przez notariusza)
2. 3 zdjęcia 37x52 mm
3. kserokopia dowodu osobistego
4. deklaracja (dotyczy płatnych kierunków)
5. zaświadczenie lekarskie