

Klasa .....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO „Klasa24”

### Dane osobowe ucznia:

Nazwisko: ....., Imię(Imiona): .....

Data urodzenia: ....., Miejsce urodzenia: .....  
Kraj pochodzenia: ....., Obywatelstwo\*:

\*Wypełnić w przypadku innego obywatelstwa niż polskie:

Czy kandydat posiada status uchodźcy na podstawie ustawy z dn. 12.03.2022r. o pomocy obywatelom Ukrainy.

Tak  Nie

Województwo (właściwe dla miejsca urodz.): ....., Nr PESEL: .....

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych: .....

Nazwa ukończonej szkoły podstawowej: .....

....., rok ukończenia szkoły podstawowej: .....

### Adres zamieszkania ucznia:

Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

Ulica: ....., Nr domu: ....., Nr mieszkania: .....

### Adres korespondencyjny ucznia (proszę wypełnić gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

Ulica: ....., Nr domu: ....., Nr mieszkania: .....

### Dobrowolne dane kontaktowe ucznia:

Nr tel.: ..... Adres e-mail: .....

### Dobrowolne dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych:

Nr tel.: ..... Adres e-mail: .....

ZGŁOSZENIE NA ROK SZKOLNY 2024/2025 DO KLASY/ SEMESTR:.....

Wymagane dokumenty:

UWAGI

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły	
2. Dwa zdjęcia legitymacyjne	
3. Podanie o nauczanie domowe	
4. Zaświadczenie z egzaminu ósmoklasisty	
5. Karta zdrowia ucznia	

**Klauzula Informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) uprzejmie informujemy, że podane dane osobowe będą przetwarzane przez firmę Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k., z siedzibą w Łodzi, przy ul. Kilińskiego 21 w celach realizacji usługi szkoleniowej, kontaktowania się w sprawach dotyczących szkolenia, dla celów archiwizacji oraz zapewnienia rozliczalności na podstawie przepisów prawa.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pisemnie na adres skrzynki elektronicznej: iod@akademia-zdrowia.pl

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do zrealizowania usługi i do dnia wydania dokumentów potwierdzających udział w usłudze szkoleniowej i skompletowania dokumentacji szkoleniowej. W celu wykonania rozliczalności dane osobowe będą przechowywane w postaci elektronicznej lub papierowej, dla udokumentowania spełnienia wymagań wynikających z przepisów prawa oraz w celu umożliwienia kontroli przez uprawnione podmiot, przez okres wymagany przepisami prawa.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO) gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zrealizowania usługi szkoleniowej.

Wyrażam zgodę TAK  NIE  na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k. z siedzibą w Łodzi przy ul. Kilińskiego 21 do celów **MARKETINGOWYCH**

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią ww. klauzuli informacyjnej.

.....  
(podpis przyjmującego podanie)

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis rodzica opiekuna prawnego)

Potwierdzenie zwrotnego odbioru dokumentów:

Niniejszym potwierdzam zwrotny odbiór następujących dokumentów. ....

- .....  
- .....  
- .....

Łódź, dnia: .....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)