***Zaoczne Liceum Ponadgimnazjalne***

ul. ks. Lorenza 8, 83-240 Lubichowo, tel/fax 588 50 17, kom. 500 119 751

**……………………… ….……………, ………….**

 /imię nazwisko//miejscowość, data/

**………………………….**

 /adres zamieszkania/

**………………………….**

 /adres zamieszkania/

Dyrektor

Zaocznego Liceum Ponadgimnazjalnego

w Lubichowie

**Podanie**

Proszę o przyjęcie mnie na semestr ……………. do Zaocznego Liceum Ponadgimnazjalnego.

……………………………

 / podpis /

Załączniki:

1. Oryginał świadectwa ukończenia gimnazjum, ośmioletniej szkoły podstawowej lub szkoły zawodowej
2. Ksero dowodu osobistego
3. 2 fotografie
4. Kwestionariusz osobowy
5. Podanie
6. Umowa cywilno – prawna

***Zaoczne Liceum Ponadgimnazjalne***

ul. ks. Lorenza 8, 83-240 Lubichowo, tel/fax 588 50 17, kom. 500 119 751

**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

##### DANE PERSONALNE\*

Nazwisko: ..............................................., Imiona:..................................................................

Nazwisko panieńskie …………………………………………………………………………………

data urodzenia: ......-.......-............., miejsce urodzenia: .......................................................

obywatelstwo: .................................., PESEL: ......................................................................

seria i nr dowodu osobistego: ...................................................................................................

**ADRES ZAMELDOWANIA\*:** ul.: ............................................................................................

kod pocztowy: .......-................, miejscowość: ........................................................................

województwo: ............................................................................................................................

**ADRES DO KORESPONDENCJI ( wypełnić jeśli różny od adresu zameldowania ) :**

ul.: ...................................................................................

kod pocztowy: ........-................, miejscowość: ........................................................................

województwo: ............................................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE\***

telefon: ......................................., e-mail: ..............................................................................

**UKOŃCZONA SZKOŁA\*:**

rodzaj i nazwa szkoły: ...............................................................................................................

adres: ........................................................................................................................................

data ukończenia …..-……-……………

**Praca zawodowa :**

🞏 nigdy nie pracowałem

🞏 pracowałem(am), teraz nie pracuję

🞏 aktualnie pracuję w …………………………………………………………………………………….

jako……………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w podaniu przez **Firmę Usługową Edukacyjną.** zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. /tekst jedn.Dz.U nr 101 poz.926 z 2002 r. z póź. zm/

 ................................................................................

 Data i podpis kandydata

\* pole wymagane / podanie danych jest konieczne dla prawidłowej realizacji obowiązku spółki związanego ze świadczeniem usług edukacyjnych