

ul. Kopernika 16/18
42-200 Częstochowa
Tel/fax 34 361 33 95



www.msz.czyst.pl
sekretariat@msz.czyst.pl

MEDYCZNE STUDIUM ZAWODOWE W CZĘSTOCHOWIE

Częstochowa, dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

**Do Dyrekcji
Medycznego Studium Zawodowego
w Częstochowie**

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Proszę o przyjęcie mnie na semestr pierwszy Medycznego Studium Zawodowego w
Częstochowie w zawodzie

Dane kandydata:

Proszę o przyjęcie na kierunek	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Ostatnia ukończona szkoła	nazwa szkoły
	zawód

.....
(podpis kandydata)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z nauką w szkole zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz.U. 133 poz. 883) przez Medyczne Studium Zawodowe w Częstochowie

.....
(podpis kandydata)