

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



[www.msz.czyst.pl](http://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:**

<b>Proszę o przyjęcie na kierunek</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Adres zameldowania</b>	
<b>Ostatnia ukończona szkoła</b>	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)