

**DO DYREKTORA
NAUCZYCIELSKIEGO KOLEGIUM JĘZYKÓW OBCYCH
W ZŁOTOWIE**

PODANIE

(Wypełnić drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie na studia dzienne,
specjalność: język

KANDYDAT

1. Nazwisko imiona

2. Data i miejsce urodzenia: dzień miesiąc rok

w woj. kraj

3. Nazwisko panięskie (u mężatek)

4. Imiona rodziców: ojciec, matka

5. Adres stałego zamieszkania (miasto/wieś) kod – poczta

miejsowość ulica nr domu

woj. powiat gmina

6. Adres do korespondencji

tel. e-mail.....

7. Stan cywilny narodowość obywatelstwo

8. Seria i nr dowodu osobistego Nr PESEL

9. Stosunek do powszechnego obowiązku służby wojskowej*):

1. przedpoborowy – poborowy – kategoria przeniesiony do rezerwy –
kategoria.....zwolniony od powszechnego obowiązku wojskowego TAK-NIE*)
2. stopień wojskowy nr specjalności wojskowej
3. przynależność do Wojskowej Komendy Uzupelnień: miejscowość

ul. kod – poczta

10. Ukończyłem/am szkołę średnią/ponadgimnazjalną*): nazwa szkoły:

.....

..... miejscowość

woj. rok ukończenia

Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w podaniu i wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych dla celów postępowania rekrutacyjnego zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29.08.1997r, o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997r. nr 133 poz. 8837 z późn. zm.).

.....
podpis kandydata

....., dnia r.
miejscowość

Załączniki:

1. świadectwo dojrzałości w oryginale
2. 4 fotografie o wym. 37x52
3. zaświadczenie o przydatności do zawodu nauczyciela od lekarza medycyny pracy
4. kserokopia dowodu osobistego

Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów

....., dnia r.
..... miejscowość
..... podpis

KOMISJA REKRUTACYJNA

Komisja postanowiła przyjąć / nie przyjąć* kandydata na I rok studiów.

Podpisy Komisji:

.....

.....

Uwagi Komisji:

.....

.....

Złotów, dnia r.

*) niepotrzebne skreślić.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego

Po stwierdzeniu na podstawie

tożsamości osoby zaświadczam, że Pan/i

.....

lat zbadany/a w dniu

.....

nie wykazał/a schorzeń, które by nieumożliwiły mu/jej pracę nauczycielską w szczególności nie stwierdzono u niego/niej następujących schorzeń:

1. Następstw trwałego uszkodzenia układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego np. w postaci tików, grymasów, zaburzeń mowy, wzmożonej pobudliwości i nie zrównoważenia, padaczki itp.
2. Rozległych i trwałych zmian chorobowych skóry zwłaszcza części odkrytych.
3. Znacznego upośledzenia słuchu lub wzroku (nie dającego się skorygować szklami).
4. Chorób ograniczonych narządów: krążenia i oddechowego upośledzających w znacznym stopniu sprawność ustroju.
5. Chorób zakaźnych stanowiących zagrożenie epidemiologiczne.
6. Zniekształceń lub zeszpeczeń powodujących odrażający wygląd zewnętrzny.

Wobec tego uważam, że ze względu na stan swego zdrowia Pan/i

.....

może pracować jako nauczyciel (wychowawca w szkole lub innej placówce oświatowo – wychowawczej lub opiekuńczo –wychowawczej).

.....

pieczętka i podpis lekarza

..... dniar.