**Policealna Szkoła Medyczno – Społeczna w Koszalinie
75-414 Koszalin ul: Bohaterów Warszawy 22**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do Policealnej Szkoły Medyczno – Społecznej w Koszalinie na kierunek ........................................................................................................., semestr ……………………… w roku szkolnym …………………………………………………

**Dane Osobowe Kandydata**

Nazwisko ........................................................., imiona ...........................................................
Data urodzenia ................................................, miejsce ..................................................................... ...................................................................................................................................................................
 (miasto/wieś, województwo, kraj)

Narodowość ........................................... , obywatelstwo .................................................................
NR PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nazwisko rodowe …………………………………....……… , imiona rodziców…………...………………………….….

Adres stałego zameldowania: ………………………………………………………………………………..……...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………..……………………… (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy, miasto/wieś poczta, województwo)

Wybrać: miasto powyżej 5 tys. mieszkańców, miasto poniżej 5 tys. mieszkańców, wieś\*
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zameldowania): ……………………………………….……………………………………………………………………………..…………………………..

Nr kontaktowy …………………………………… , adres email ……………………..………………….……………………
Seria i numer dowodu osobistego ……………………………………………………………………………...……………….
Wykształcenie ………………………………..……… , ukończona szkoła …………………….……………………………..
Wykonywany zawód ………………………………… , miejsce pracy ………………………………………………………...

……………………………………..…………. …………………………..………………………
 (miejscowość i data) (podpis kandydata)

**Załączniki**:
1. Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał lub ksero potwierdzone za zgodność z oryginałem)
2. Kserokopia dowodu osobistego
3. 3 zdjęcia legitymacyjne o wymiarach 37x52 mm
4. Zaświadczenie lekarskie
5. Deklaracja (dotyczy jedynie płatnych kierunków)

**Decyzja Komisji Lekarskiej**

Komisja Rekrutacyjna postanowiła przyjąć / nie przyjąć\*
Panią/Pana……………………………………………………………………………………….………………………………………
na semestr …………………………………………….. kierunku ……………………………………………………………….

……………………………………. ……………………………………….. ……………………………………………
 (pieczątka szkoły) (data) (pieczęć i podpis Dyrektora)

**\* niepotrzebne skreślić**