Zespół Szkół w Mogilnie

**Potwierdzenie woli podjęcia nauki w Zespole Szkół w Mogilnie**

**na rok szkolny 2020/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Nazwisko** ……………………………………… **PESEL**

 **Pierwsze imię** ………………………………… **Drugie imię**……………………………….

1. Potwierdzam niniejszym wolę podjęcia nauki w Zespole Szkół w Mogilnie od roku szkolnego 2020/2021.
2. Wybór szkoły – proszę zaznaczyć właściwe i wpisać nachylenie/zawód

Liceum Ogólnokształcące o nachyleniu:

 …………………………………………………………………………………………

Technikum:

 …………………………………………………………………………………………

 Branżowa Szkoła I Stopnia w zawodzie:

 …………………………………………………………………………………………

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów rekrutacyjnych i w trakcie nauki w szkole zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. 2018 r poz. 1000)

Podpis ucznia: ……………………………………………………………….…………………..

Podpis rodzica (prawnego opiekuna): …………………………………………………..…...………