

# KARTA NABORU

ZAŁĄCZNIK NR 1



Minister Rolnictwa  
i Rozwoju Wsi

Sieć  
Szkoł  
Rolniczych  
MRiRW



## Dane kandydata

Imiona

Nazwisko

PESEL

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

Data urodzenia (DD,MM,RRRR)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  | , |  |  | , |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|

Miejsce urodzenia

## Adres zamieszkania

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod

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

Poczta

Województwo

Powiat

Gmina

Telefon

E-mail

**UKOŃCZYŁEM/AM SZKOŁĘ PODSTAWOWĄ (PODAJ NAZWE):**

## Dane rodziców/opiekunów prawnych

Dane matki/prawnej opiekunki

Imię

Nazwisko

Telefon kontaktowy

.....  
(adres zamieszkania matki/prawnej opiekunki)

Dane ojca/prawnego opiekuna

Imię

Nazwisko

Telefon kontaktowy

.....  
(adres zamieszkania ojca, prawnego opiekuna)

**Deklaracja przyjęcia do szkoły** Proszę wpisać wybrany kierunek

**TECHNIKUM**

**BRANŻOWA SZKOŁA I STOPNIA**

.....

.....

## PODANIE

Dyrekcja Zespołu Szkół  
Centrum Kształcenia Rolniczego  
w Marszewie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ŻYCIORYS

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z rekrutacją dla potrzeb niezbędnych dla realizacji obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 /tekst jednolity Dz.U z 2002r. nr 101,poz.926 z późn.zm./*

.....  
podpis wnioskodawcy

**PODANIE DO SZKOŁY BRANŻOWEJ II STOPNIA**

| Zawód   | Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie                              |
|---|---|
| <b>TECHNIK MECHANIZACJI ROLNICTWA I AGROTRONIKI</b> | <b>ROL.08 EKSPLOATACJA SYSTEMÓW MECHATRONICZNYCH W ROLNICTWIE</b> |

**DANE OSOBOWE KANDYDATA:**

Nazwisko ..... Imiona .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Imiona rodziców .....

PESEL

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

**DANE KONTAKTOWE KANDYDATA:**

Adres zamieszkania

.....  
 .....

(miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Nr telefonu.....

e-mail.....

Nie posiadam / Posiadam\* prawo jazdy kat.B,T nr .....

**Załączniki:**

|   |  |
|---|--|
| ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA SZKOŁY BRANŻOWEJ I STOPNIA  |  |
| ZASWIADCZENIE O ZAWODZIE NAUCZANYM W BRANŻOWEJ SZKOLE I STOPNIA   |  |
| ZASWIADCZENIE LEKARSKIE ZAWIERAJĄCE ORZECZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU                                  |  |
| ORZECZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO KIEROWANIA POJAZDAMI KAT. B,T<br><b>WYMAGANE JEST W PRZYPADKU BRAKU PRAWA JAZDY KAT. B,T</b> |  |
| W PRZYPADKU POSIADANIA PRAWA JAZDY KAT. B,T – KSEROKOPIA PRAWA JAZDY (ORYGINAŁ DO WGLĄDU).  |  |

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis kandydata)