AKADEMIA ZDROWIA I URODY

WWW.AZIU.COM.PL

SEKRETARIAT (biuro rekrutacyjne)
ul. Św. Jerzego 6/10, 61-546 Poznań
Tel.: 664-057-447
sekretariat@aziu.com.pl
Godziny otwarcia:
Poniedziałek-piątek
9:00 – 16:00

WYPEŁNIA SEKRETARIAT					ZAŁĄCZNIKI
Data złożenia:	Data przyjęcia do szkoły:	Nr KS:	Nazwa zawodu:	Podpis przyjmującego podanie:	- oryginał świadectwa ukończenia szkoły średniej - zaświadczenie lekarskie - kserokopia dowodu osobistego - 4 zdjęcia - umowa o naukę dostępna w sekretariacie

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

WYBÓR ZAWODU	
▪ TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH (2 lata) ☐	▪ TECHNIK USŁUG FRYZJERSKICH (2 lata) ☐
▪ WIZAŻYSTA (1 rok) ☐	▪ MASAŻYSTA (1 rok) ☐
▪ DIETETYK (1 rok) ☐	▪ KOSMETYCZKA (1 rok) ☐

WYBÓR PLACÓWKI, DO KTÓREJ SKŁADANE JEST PODANIE		
SZKOŁA KOSMETYCZNA ▪ Krotoszyn ☐ ▪ Poznań ☐ ▪ Wolsztyn ☐	SZKOŁA FRYZJERSKA ▪ Poznań ☐	SZKOŁA JEDNOROCZNA ▪ Poznań ☐

DANE OSOBOWE I ADRESOWE

NAZWISKO: ……

IMIONA: ……

DATA I MIEJSCE URODZENIA: DZIEŃ-MIES-ROK ……

STAN CYWILNY: ……

OBYWATELSTWO: ……

MIEJSCOWOŚĆ: ……

WOJEWÓDZTWO: ……

TELEFON STACJONARNY: ……

TELEFON KOMÓRKOWY: ……

E-MAIL: ……

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO: ……

NUMER PESEL: ……

ADRES ZAMELDOWANIA: Kod ……..-……poczta: ……

Miejscowość ……województwo ……

Ulica ……nr ……../……

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli inny niż zameldowania):

Kod ……..-……miejscowość ……

Ulica ……..nr……../……

Wieś ☐ **Miasto do 5 tyś. Mieszkańców** ☐ **Miasto powyżej 5 tyś. Mieszkańców** ☐

WYKSZTAŁCENIE

NAZWA SZKOŁY ŚREDNIEJ	ROK UKOŃCZENIA	ADRES	UZYSKANY TYTUŁ
……	……	……	……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych i promocyjnych Akademii Zdrowia i Urody, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. „O ochronie danych osobowych", Dz.U. nr 133, poz. 883.

INFORMACJE DODATKOWE – Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o naszej szkole?:

Internet ☐
Plakat, ulotka ☐
Informator szkolny ☐
Prezentacja oferty w szkole ☐
Gazeta (jaka?) ……..
Inne źródło (jakie?) ……..

…… *Miejscowość*

…… *Data*

…… *Prawidłowość danych zawartych w podaniu stwierdzam własnoręcznym podpisem*

☐ - właściwe zaznaczyć X

OPŁATA ZA SZKOŁĘ:

Akademia Zdrowia i Urody
ul. Żabikowska 16, 62-030 Luboń
nr konta: **50 9068 1013 0000 0000 0005 6998**