

Sieradz, dn.....20....r.

.....
(imię, imiona i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(data i miejsce urodzenia)

tel.

Dyrektor
Szkoły Policealnej
Samorządu Województwa Łódzkiego
w Sieradzu
ul. 3 Maja7
98-200 Sieradz

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Szkoły Policealnej Samorządu
Województwa Łódzkiego w Sieradzu w roku szkolnym 20.../20... na kierunek

.....
(podać nazwę kierunku)

Prośbę swą motywuję tym, że chcę kontynuować naukę w Państwa szkole.

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z nauką w szkole zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r.,
o ochronie danych osobowych (Dz.U. 133 poz. 883) przez Szkołę Policealną Samorządu Województwa Łódzkiego w Sieradzu.