**Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata**

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym wychowuje się ze mną ..................... rodzeństwa pozostających na wspólnym utrzymaniu rodziców .

.................................., ................................. ............................................................................

miejscowość data podpis kandydata

*Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Janusza Korczaka w Łukowie*

*(zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczenie o niepełnosprawności osoby bliskiej (dziecko, rodzic)**

**nad którą kandydat sprawuje opiekę\*.**

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad ........................................................................................

/podać stopień pokrewieństwa/

.............................,.......................................... .....................................................................

miejscowość data podpis kandydata

*Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Janusza Korczaka w Łukowie*

*(zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka przez kandydata**

Oświadczam, że samotnie wychowuję dziecko/dzieci ...................................

/podać liczbę dzieci/

.............................,.. ........................................., .....................................................................

miejscowość data podpis kandydata

*Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji oraz nauki w Medycznym Studium Zawodowym im. Janusza Korczaka w Łukowie*

*(zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. późn. zmianami)*

*\*właściwe podkreślić*