**OSOBNÍ ÚDAJE**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení: | Jméno: |
| Místo a země narození: | |
| Datum narození: | Rodné číslo: |
| Rodinný stav: | Číslo OP: |
| Trvalé bydliště, PSČ: | |
| Kontaktní adresa, PSČ: | |
| Telefon: | E-mail: |
| Číslo účtu a kód banky pro zasílání příspěvku: | |
| Zdravotní pojišťovna: | Číslo pojištěnce \*: |
| *\** uveďte, pokud je jiné než rodné číslo  *Změnu zdravotní pojišťovny a všechny skutečnosti rozhodné pro správný a včasný odvod pojistného na všeobecné zdravotní pojištění je nutno bezodkladně ohlásit na personálním útvaru. Při nesplnění vzniká povinnost uhradit vzniklou škodu.* | |
| Zdravotní stav (ZPS, ZTP): | |
| Pobíráte důchod: ANO /  NE | Druh důchodu: |

**ÚDAJE O STUDIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Název školy: | Studijní obor: |
| Předpokládaný rok ukončení: | Druh zkoušky: maturita / výuční list |

**KONTAKT NA RODIČE/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení: | Jméno: |
| Příbuzenský poměr: | |
| Telefon: | E-mail: |

*Potvrzuji, že jsem obeznámen se svými právy v souvislosti s přístupem k informacím a jejich ochraně podle zákona č. 110/2019 Sb. ve znění pozdějších předpisů a obdržel jsem informace týkající se zpracování mých osobních údajů.*

DATUM ………………………………………. PODPIS …………………………………………………………….