

Wejherowo, dnia

.....
nazwisko i imię ucznia

.....
klasa

**Dyrektor
Powiatowego Zespołu Szkół nr 2
w Wejherowie**

Proszę o umożliwienie powtarzanie klasy w zawodzie

w roku szkolnym /

UZASADNIENIE:

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

.....
Podpis ucznia/rodzica

Informacja na temat przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest Powiatowy Zespół Szkół nr 2 im. Bohaterskiej Załogi ORP „Orzeł”, 84-200 Wejherowo, ul. Strzelecka 9.
2. Dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu rozpatrzenia i załatwienia wniosku.
3. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej szkoły:
https://www.wejherowo-elektryk.pl/rodo_link