



.....
miejsowość i data

KARTA ZGŁOSZENIA

na studia podyplomowe / kurs dokształcający / szkolenie*

Proszę o przyjęcie mnie na
(nazwa studiów / kursu / szkolenia) *

.....
(nazwa studiów / kursu / szkolenia) *
prowadzone/y w UCEU AWFIS Gdańsk.

.....
(podpis kandydata)

1. DANE OSOBOWE (zgodnie z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości)													
Imię (imiona)	pierwsze:		drugie:										
Nazwisko													
Nazwisko rodowe													
Imiona rodziców	matki:	ojca:											
Data urodzenia	dzień:	miesiąc (słownie):	rok:										
Miejsce urodzenia													
Obywatelstwo													
Województwo	zgodnie z aktualnie obowiązującym podziałem:												
Nr ewid. (PESEL)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
Nr NIP	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												

2. ADRES DO KORESPONDENCJI		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Województwo (zgodnie z aktualnie obowiązującym podziałem):		
Nr telefonu stacjonarnego (wraz z nr. kierunkowym):		
Nr telefonu komórkowego:	e-mail:	

3. WYKSZTAŁCENIE (zgodnie z dyplomem ukończenia studiów wyższych/ze świadectwem)	
A. wyższe zawodowe z tytułem licencjata, inżyniera lub równorzędnym**	
Nazwa uczelni:	
Miejscowość:	Rok ukończenia:
Wydział:	
Kierunek:	Specjalność:
Nr dyplomu:	Data wydania dyplomu:

B. wyższe magisterskie z tytułem magistra**	
Nazwa uczelni:	
Miejscowość	Rok ukończenia:
Wydział	
Kierunek	Specjalność
Nr dyplomu	Data wystawienia dyplomu
C. średnie (zgodnie ze świadectwem szkoły średniej)**	
Matura: _____ (wpisać TAK lub NIE)	Matura uzyskana (zaznaczyć): w POLSCE / za GRANICĄ*
Nazwa szkoły:	
Miejscowość:	Rok ukończenia:
Nr świadectwa:	Data wydania świadectwa:
D. wykształcenie uzupełniające (kursy, szkolenia, studia podyplomowe wraz z datą ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)	

4. OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU:	
Nazwisko i imię:	
Nr telefonu stacjonarnego (wraz z nr. kierunkowym):	
Nr telefonu komórkowego:	e-mail:

Oświadczam, że dane zawarte w punkcie 1 są zgodne z dowodem osobistym:

seria i numer: wydanym przez:

.....W

albo innym dowodem tożsamości

W przypadku przyjęcia mnie na studia podyplomowe / kurs dokształcający / szkolenie*, zobowiązuję się do posiadania indywidualnego ubezpieczenia z tytułu nieszczęśliwych wypadków przez cały okres trwania zajęć realizowanych w ramach powyższych studiów podyplomowych / kursu dokształcającego / szkolenia* w UCEU AWFIS Gdańsk.

Wyrażam zgodę na/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926). w materiałach dotyczących UCEU AWFIS Gdańsk.

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis kandydata /

*) niepotrzebne skreślić

**) wypełniają osoby posiadające określony tytuł / wykształcenie