Komisja Rekrutacyjna
Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych
ul. Kamińskiego 21; 90 – 229 Łódź, Polska

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA STUDIA II STOPNIA

(STUDIA MAGISTERSKIE)

Proszę o przyjęcie mnie w roku akademickim 2017/2018 na **studia drugiego stopnia w WSEZiNS w formie: stacjonarnej / niestacjonarnej /wieczorowej*** z zastosowaniem nowoczesnych metod i technik kształcenia na odległość (e-learning).

Dane osobowe (wypis z dowodu osobistego)

Nazwisko ..... Imiona .....

Nazwisko panieńskie .....

Imiona rodziców: Ojciec ..... Matka .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... Województwo .....

PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Dowód osobisty (seria i numer) |__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|

Wydany przez ..... dnia .....

Obywatelstwo ..... Narodowość .....

Adres zameldowania:

Miejscowość ..... Kod |__|__|-|__|__|__| Poczta .....

Rodzaj miejscowości: | ❑ *Wieś* | ❑ *Miasto* | Województwo .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Telefon ..... Telefon kom. ..... E-mail .....

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania):

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod |__|__|-|__|__|__| Poczta .....

Wykształcenie:

Nazwa i miejscowość ukończonej szkoły średniej .....

Data ukończenia ..... Nr świadectwa dojrzałości .....

Pełna nazwa i adres ukończonej szkoły wyższej .....

.....

Ukończony kierunek ..... Ukończona specjalność .....

Uzyskane wykształcenie: | ❑ *licencjackie* | ❑ *magisterskie* | w trybie: | ❑ *stacjonarnym* | ❑ *niestacjonarnym* |

Data ukończenia ..... Numer dyplomu .....

Informacje dodatkowe

Posiadam – nie posiadam* orzeczenie/a o niepełnosprawności.
(W przypadku odpowiedzi twierdzącej prosimy o dołączenie kserokopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, iż w przypadku rezygnacji ze studiów w WSEZiNS lub skreślenia mnie z listy studentów wpisowe, które wpłaciłem/wpłaciłam nie ulega zwrotowi.

.....
Data i podpis Kandydata

* niepotrzebne skreślić

Do kwestionariusza załączam następujące dokumenty:		
1.	Oryginał/odpis dyplomu ukończenia studiów pierwszego stopnia wraz z kserokopią dyplomu ukończenia studiów pierwszego stopnia	
2.	Oryginał/odpis suplementu do dyplomu (w przypadku dyplomów wydanych po 01.01.2005) wraz z kserokopią suplementu do dyplomu	
3.	Oryginał/odpis świadectwa dojrzałości wraz z kserokopią świadectwa dojrzałości	
4.	Kserokopię dowodu osobistego (dowód do wglądu)	
5.	Dwie fotografie o wymiarze 45x35 mm (zgodnie z wymaganiami obowiązującymi przy wydawaniu dowodu osobistego)	
6.	Cztery koperty ze znaczkami (4 x 3,20 zł) i adresem zwrotnym kandydata	
7.	Potwierdzenie wniesienia opłaty wpisowej	
Po zakończeniu prac komisji rekrutacyjnej, oryginały dokumentów do odbioru w siedzibie uczelni.		

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na odbywanie studiów z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość – w szczególności zgodnie z warunkami określonymi przepisami Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 02 listopada 2011 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków, jakie muszą być spełnione, aby zajęcia dydaktyczne na studiach mogły być prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.

.....

Data i podpis Kandydata

OŚWIADCZENIE

Prawdziwość danych zawartych w kwestionariuszu osobowym potwierdzam własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych (zgodnie z ustawą z dnia 29.09.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.) na czas trwania studiów i w okresie 5 lat po ich zakończeniu zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym.

.....

Data i podpis Kandydata

Dane są zebrane na podstawie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie dokumentacji przebiegu studiów z dnia 14.09.2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 201, poz. 1188 ze zm.) dla potrzeb Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo wglądu w dane oraz prawo ich poprawienia.

.....

Data i podpis osoby przyjmującej kwestionariusz i dokumenty

OŚWIADCZENIE – WYBÓR OFERTY PARTNERÓW

Deklaruję wolę skorzystania z pomocy w zakresie zapewnienia właściwego komfortu studiowania i dodatkowej oferty usług przedstawionej przez wskazanego poniżej partnera WSEZiNS:

- ❑ ……...

(nazwa partnera/Miasto)

- ❑ **Rezygnuję z oferty partnerów WSEZiNS**

.....

Data i podpis Kandydata .

Sposób uzyskania informacji o WSEZiNS:										
opinia znajomych	opinia rodziny	prezentacja Uczelni w szkole	targi edukacyjne	Internet	informatory ogólnopolskie	ulotka	plakat	radio	prasa	inne