



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 2014/2015 na studia drugiego stopnia w WSEZiNS w formie:  
stacjonarnej / niestacjonarnej\* z zastosowaniem nowoczesnych metod i technik kształcenia na odległość (e-learning).

<b>Dane osobowe (wypis z dowodu osobistego)</b>		
Nazwisko .....	Imiona .....	
Nazwisko panięńskie .....		
Imiona rodziców: Ojciec .....	Matka .....	
Data urodzenia .....	Miejsce urodzenia .....	Województwo .....
PESEL  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		Dowód osobisty (seria i numer)  __ __ __  -  __ __ __ __ __ __
Wydany przez .....		dnia .....
Obywatelstwo .....		Narodowość .....

<b>Adres zameldowania:</b>		
Miejscowość .....	Kod  __ __  -  __ __ __	Poczta .....
Rodzaj miejscowości:   <input type="checkbox"/> Wieś   <input type="checkbox"/> Miasto   Województwo .....		
Ulica .....	Nr domu .....	Nr mieszkania .....
Telefon .....	Telefon kom. ....	E-mail .....

<b>Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania):</b>		
Ulica .....	Nr domu .....	Nr mieszkania .....
Miejscowość .....	Kod  __ __  -  __ __ __	Poczta .....

<b>Wykształcenie:</b>	
Nazwa i miejscowość ukończonej szkoły średniej .....	
Data ukończenia .....	Nr świadectwa dojrzałości .....
Pełna nazwa i adres ukończonej szkoły wyższej .....	
.....	
Ukończony kierunek .....	Ukończona specjalność .....
Uzyskane wykształcenie:   <input type="checkbox"/> licencjackie   <input type="checkbox"/> magisterskie   w trybie:   <input type="checkbox"/> stacjonarnym   <input type="checkbox"/> niestacjonarnym	
Data ukończenia .....	Numer dyplomu .....

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

<b>OŚWIADCZENIE</b>
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

