

fotografia
35 x 45 mm
bez nakrycia głowy
na jasnym tle
/format jak do
dowodu osobistego/

ZDROWIE PUBLICZNE

--	--	--	--	--

I język obowiązkowy:

Angielski - poziom

Data

Numer KP.....

Matura : Kwota

**Podanie do Rektora
Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
o przyjęcie na studia zawodowe I stopnia
o kierunku: Zdrowie Publiczne**



Proszę o przyjęcie mnie na semestr
studiów **pierwszego stopnia** prowadzonych systemem:

niestacjonarne: sobotnio - niedzielne (6 semestrów)

część A. DANE O KANDYDACIE

1. Nazwisko Imiona
2. Nazwisko rodowe Obywatelstwo
3. Data i miejsce urodzenia |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| w
4. Imiona rodziców: ojca matki
5. PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Stan cywilny
6. Seria i nr dok. tożsamości |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| wydany przez:
7. Adres stałego zamieszkania: woj.....
|_|_|-|_|_|_|
powiat gmina miasto, wieś
8. Adres do korespondencji: adres e-mail
9. Telefon kontaktowy (.....) lub
10. Stosunek do służby wojskowej : przedpoborowy poborowy rezerwa Kategoria :
11. Adres WKU (miasto, dzielnica) Nr książeczki wojskowej |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
12. Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegam jako: członek rodziny, pracownik, bezrobotny (Urząd Pracy),
 osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, osoba prowadząca działalność gospodarczą,
 rolnik (KRUS), inne nie podlegam
13. Podstawowe źródło utrzymania rodziny kandydata: umowa o pracę, umowa cywilno - prawna,
 działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, inne
14. Orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności: nie posiadam posiadam (załączyć orzeczenie)

część B. INFORMACJA

Działając na podstawie art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, informuję, że :

1. Administratorem danych osobowych jest Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej - Curie z siedzibą w Warszawie przy ul. Łabiszyńskiej 25.
2. Dane zbierane są w celach związanych z procesem kształcenia.
3. Osoba, której dane osobowe dotyczą, ma prawo wglądu do swoich danych oraz do ich poprawiania.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednocześnie stanowi warunek konieczny zawarcia umowy z Uczelnią Warszawską im. Marii Skłodowskiej - Curie z siedzibą w Warszawie przy ul. Łabiszyńskiej 25.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem



.....
czytelny podpis składającego podanie

*) Właściwe zaznaczyć

część C. DO PODANIA ZAŁĄCZAM :

- Oryginał *lub* Odpis wydany przez szkołę *lub* Duplikat ŚWIADECTWA DOJRZAŁOŚCI:
nr z dnia nazwa szkoły:
..... w
- Cztery fotografie 35 x 45 mm (*format do dowodu osobistego*)
 Aktualne orzeczenie lekarskie (*wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem dokumentów*)
 Kserokopia świadectwa dojrzałości (*potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika Uczelni*)
 Kserokopia świadectwa ukończenia szkoły średniej (*potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika Uczelni*)
 Kserokopia dowodu osobistego (*potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika Uczelni*)
 Kserokopia książeczki wojskowej (*mężczyźni*)

.....
*Data i czytelny podpis pracownika Uczelni
przyjmującego dokumenty*



.....
czytelny podpis składającego podanie

Adnotacje :

Dokumenty odebrałem(-am).....
data i podpis

Dyplom i 2 odpisy odebrałem(-am).....
data i podpis

część D. DEKLARACJA JĘZYKOWA

SYSTEM SOBOTNIO-NIEDZ.	
<input checked="" type="checkbox"/> angielski	<input type="radio"/> podstawowy <input type="radio"/> średnio- zaaw. <input type="radio"/> zaawansowany

UWAGA: Powstanie grupy językowej uwarunkowane jest odpowiednią liczebnością.



.....
czytelny podpis składającego podanie

część E. WNIOSEK O ROZŁOŻENIE PŁATNOŚCI CZESNEGO NA RATY

Na podstawie § 3 ust. 5 UMWY O NAUKĘ, niniejszym wnoszę o rozłożenie płatności chesnego za naukę w Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej - Curie na raty.



.....
czytelny podpis składającego podanie