



Proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe w zakresie:

/wpisać nazwę kierunku/

Preferowane miejsce zajęć /zaznaczyć X/	Radom		Piotrków Trybunalski	
---	-------	--	----------------------	--

Dane osobowe /wypisz z dowodu osobistego/	
Nazwisko.....	Imiona
Nazwisko panieńskie.....	
Imiona rodziców: Ojciec	Matka
Data urodzenia.....	Miejsce urodzenia Województwo
Pesel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Dowód osobisty (seria i numer) _ _ _ - _ _ _ _ _ _
/Wpisać w razie braku nr Pesel/	

Adres zameldowania			
Miejscowość.....	Kod 1 _ 1 _ 1 – 1 _ 1 _ 1 _ 1	Poczta	
Województwo	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Telefon kom.	E-mail		

Adres do korespondencji /wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania/
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy | | – | | | | Pocшта

Wykształcenie
Uczelnia..... tytuł
Kierunek specjalność

Zatrudnienie
Miejsce zatrudnienia.....
.....Stanowisko

Do wniosku załączam następujące dokumenty:		Zaznacz znakiem X
1	Odpis, kserokopię lub skan dyplomu ukończenia studiów wyższych	
2	Świadectwo ukończenia kursu kwalifikacyjnego <i>(jeśli profil kursu jest zgodny z wybranym kierunkiem studiów)</i>	
3	Inny dokument potwierdzający tożsamość słuchacza <i>(jeśli nazwisko na dyplomie jest inne niż obecne)</i>	

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości poniższe warunki:
1. Studia są płatne i znam warunki i wysokość opłat na studiach podyplomowych. Zobowiązuję się do uiszczenia czesnego w wysokości i terminach uzgodnionych z organizatorem studiów. 2. Oryginały dokumentów dostarczę do wglądu na żądanie organizatora studiów. Data i podpis Kandydata

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 2 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 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 placówki prowadzącej studia zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000) na czas trwania studiów i w okresie 5 lat po ich zakończeniu zgodnie z ustawą prawo o szkolnictwie wyższym. Data i podpis Kandydata

Złożono dokumenty (wypełnia organizator studiów):

Odpis dyplomu	świadectwo ukończenia kursu kwalifikacyjnego <i>(jeśli profil kursu jest zgodny z wybranym kierunkiem studiów)</i>	Wpłynęło dnia	Podpis pracownika przyjmującego dokumenty