



Nr albumu

## Wniosek o przyjęcie na studia w Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy

Rok akademicki 2023/2024

### A. FORMA, TRYB I SPECJALNOŚĆ KSZTAŁCENIA.

<b>Studia drugiego stopnia; tryb</b> (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/>	<b>Stacjonarny</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Niestacjonarny</b>	
<b>Kierunek</b>	PIELĘGNIARSTWO	<b>Specjalność</b>	
<b>Deklarowany obowiązkowy język obcy</b> (zaznaczyć x):		<b>Język angielski</b>	

### B. ANKIETA OSOBOWA

<b>Nazwisko</b>		<b>Pierwsze imię</b>		<b>Drugie imię</b>	
<b>Nazwisko panięskie</b>		<b>Imię ojca</b>		<b>Imię matki</b>	
<b>Data urodzenia (dd-mm-rrrr)</b>				<b>Miejsce urodzenia</b>	
<b>Obywatelstwo</b>		<b>PESEL</b>			
<b>Seria i nr dowodu osobistego</b>		<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>		<b>Województwo</b>	
<b>Miejsce zamieszkania</b> (zaznaczyć x)	<b>Miasto</b>		<b>Telefon 1</b>	<b>Telefon 2</b>	
	<b>Wieś</b>				
<b>Adres e-mail</b>				<b>Płeć</b> (zaznaczyć x)	<b>Kobieta</b>
					<b>Mężczyzna</b>

### C. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż podany powyżej)

<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>		<b>Poczta</b>	

### D. WYKSZTAŁCENIE

<b>Rok ukończenia studiów licencjackich</b>		<b>Rok wydania dyplomu</b>	
<b>Nazwa uczelni</b>		<b>Miejscowość</b>	

### E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU (pole nieobowiązkowe)

<b>Nazwa zakładu pracy</b>					
<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>		<b>Poczta</b>	
<b>Zajmowane stanowisko</b>				<b>Telefon</b>	

F. SŁUŻBA WOJSKOWA (nie dotyczy kobiet)

Stosunek do służby wojskowej (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/>	Uregulowany	<input type="checkbox"/>	Nieuregulowany
Seria i numer książeczki wojskowej				
Przydział do WKU				

G. INFORMACJA O PODSTAWOWYM ŹRÓDLE UTRZYMANIA (właściwie zaznaczyć x)

pole niobowiązkowe:

<input type="checkbox"/>	umowa o pracę	<input type="checkbox"/>	działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>	gospodarstwo wiejskie	<input type="checkbox"/>	renta rodzinna
<input type="checkbox"/>	emerytura	<input type="checkbox"/>	renta rodzinna z tytułu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	inne

H. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (właściwie zaznaczyć x):

<b>Stopień</b>	<input type="checkbox"/>	lekki	<input type="checkbox"/>	umiarkowany	<input type="checkbox"/>	znaczny
<b>Rodzaj</b>	<input type="checkbox"/>	niesłyszący i słabo słyszący	<input type="checkbox"/>	niewidomy i słabo widzący	<input type="checkbox"/>	z dysf. narządu ruchu chodzący
	<input type="checkbox"/>	z dysf. narządu ruchu niechodzący	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>	

I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do poinformowania Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy o każdej ich zmianie.

Data	Podpis kandydata
------	------------------

J. DANE MARKETINGOWE

Informacje o Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy uzyskałam/em (właściwie zaznaczyć x):

<input type="checkbox"/>	z prasy	<input type="checkbox"/>	z plakatu
<input type="checkbox"/>	z internetu	<input type="checkbox"/>	z ulotki
<input type="checkbox"/>	od znajomych	<input type="checkbox"/>	z folderu
<input type="checkbox"/>	na spotkaniu w szkole	<input type="checkbox"/>	inne .....

K. ZAŁĄCZNIKI (wypełnia Rektorat)

L.p.	Nazwa załącznika	Uwagi
1.	Dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia	
2.	Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do studiowania w szkole wyższej	
3.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
4.	Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego	
5.	Dowód uiszczenia opłaty wpisowej	
6.	Zdjęcia legitymacyjne – 4 sztuki	
7.	Dowód osobisty - do wglądu	

Data przyjęcia dokumentów	Podpis pracownika
Zobowiązuję się do uzupełnienia braków w złożonej dokumentacji do dnia .....	Podpis kandydata