



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.

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

B. ANKIETA OSOBOWA

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

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

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	

D. WYKSZTAŁCENIE

Rok ukończenia studiów licencjackich		Rok wydania dyplomu	
Nazwa uczelni		Miejscowość	

E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU (pole nieobowiązkowe)

Nazwa zakładu pracy					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Zajmowane stanowisko				Telefon	

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):

Stopień	<input type="checkbox"/>	lekki	<input type="checkbox"/>	umiarkowany	<input type="checkbox"/>	znaczny
Rodzaj	<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