



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 jednolite magisterskie; tryb</b><br>(zaznaczyć x) | <input type="checkbox"/> | <b>Stacjonarny</b>     |  |
|   | <input type="checkbox"/> | <b>Niestacjonarny</b>  |  |
| <b>Kierunek</b>   | Fizjoterapia             | <b>Specjalność</b>     |  |
| <b>Deklarowany obowiązkowy język obcy</b><br>(zaznaczyć x): | <input type="checkbox"/> | <b>Język niemiecki</b> |  |
|   | <input type="checkbox"/> | <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><br>(zaznaczyć x) | <b>Miasto</b> | <b>Telefon 1</b>     |  | <b>Telefon 2</b>             |                  |
|  | <b>Wieś</b>   |                      |  |                              |                  |
| <b>Adres e-mail</b>                          |               |                      |  | <b>Płeć</b><br>(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 Szkoły średniej</b> |  | <b>Rok wydania świadectwa</b> |  |
| <b>Nazwa szkoły</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<br>(zaznaczyć x) | <input type="checkbox"/> | Uregulowany | <input type="checkbox"/> | Nieuregulowany |
| Seria i numer książeczki<br>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<br>słyszący      | <input type="checkbox"/> | niewidomy i słabo<br>widzący | <input type="checkbox"/> | z dysf. narządu ruchu<br>chodzący |
|         | <input type="checkbox"/> | z dysf. narządu ruchu<br>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.   | Świadectwo ukończenia szkoły średniej  |       |
| 2.   | Świadectwo maturalne   |       |
| 3.   | Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do studiowania w szkole wyższej |       |
| 4.   | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności  |       |
| 5.   | Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego                         |       |
| 6.   | Dowód uiszczenia opłaty wpisowej   |       |
| 7.   | Zdjęcia legitymacyjne – 4 sztuki   |       |
| 8.   | Dowód osobisty do wglądu   |       |

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