

[ ]

**Wniosek o przyjęcie na STUDIA PODYPLOMOWE  
w Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy**

Rok akademicki 2023/2024

<b>NAZWA KIERUNKU STUDIÓW</b>	
-----------------------------------	--

**A. ANKIETA OSOBOWA**

Nazwisko		Imię/Imiona	
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		PESEL*	
* w przypadku braku numeru PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Telefon 1		Adres e-mail	

**B. ADRES ZAMIESZKANIA/ KORESPONDENCJI**

Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	

**C. WYKSZTAŁCENIE**

Rok ukończenia szkoły wyższej		Rok wydania dyplomu	
Nazwa szkoły		Miejscowość	

**D. OŚWIADCZENIE**

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

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

**E. DANE MARKETINGOWE**

Informacje o Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy uzyskałam/em (właściwe 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"/> Facebooka

**F. ZAŁĄCZNIKI** (wypełnia Rektorat)

L.p.	Nazwa załącznika:	Uwagi:
1.	Dyplom ukończenia studiów - kserokopia	
2.	Klauzula RODO	
3.	Potwierdzenie przygotowania pedagogicznego - suplement do dyplomu/akt nadania stopnia awansu nauczycielskiego/dyplom ukończenia kursu albo studiów podyplomowych - kwalifikacje pedagogiczne (jeśli wymagane)	

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