



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 licencjackie; 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 szkoły średniej | | Rok wydania świadectwa dojrzałości | |
| Nazwa szkoły | | Miejscowość | |

E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------|--|------------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| Seria i numer książeczki wojskowej | | | | | |
| Przydział do WKU | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <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"/> | inne |

H. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (właściwie zaznaczyć, jeśli dotyczy 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. | Świadectwo dojrzałości | |
| 2. | Świadectwo ukończenia szkoły średniej | |
| 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 |