



ANKIETA OSOBOWA NA STUDIA POMOSTOWE

Kierunek:.....**Forma:** stacjonarna ; niestacjonarna *

Nazwisko:.....

Imię (Imiona):.....

Nazwisko rodowe:.....

Data i miejsce urodzenia:

Nazwa i numer dokumentu tożsamości :

PESEL:

Narodowość:..... **Obywatelstwo:**.....

Adres zamieszkania:

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

e-mail:

Telefon komórkowy:

Imiona i nazwiska rodziców:.....

Ukończone szkoły:

I. Nazwa i rok ukończenia szkoły średniej:

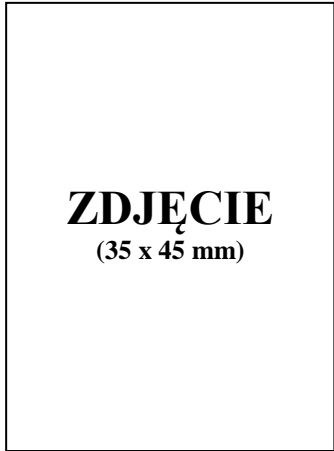
.....
.....

Miejscowość Nr świadectwa Data wydania

II. Nazwa i rok ukończenia szkoły pielęgniarzkiej:

.....
.....

Miejscowość Nr świadectwa Data wydania





Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku
57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 8, tel. 74 867 13 02

W razie wypadku powiadomić:

Nazwisko i imię:.....

Dokładny adres i numer telefon:.....

Czy Pan/ Pani jest zainteresowany/ a zakwaterowaniem w akademiku :

tak nie

***Właściwie podkreślić**

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, procesu dydaktycznego i administracyjnego stosowanych w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.)

Kłodzko, dnia

.....

podpis