

 **Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku**

**Ul. Warty 21, 57- 300 Kłodzko, tel: 74 867 13 02**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KWESTIONARIUSZ DLA KANDYDATÓW NA STUDIA PODYPLOMOWE**

**Kierunek**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Imię (imiona) i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. PESEL:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. Narodowość:………………………………………………………..Obywatelstwo……………………………………………………………………………………….
5. **Adres do korespondencji:**

Ulica………………………………………………………………………………. Nr domu/ mieszkania……………….…………………………………………………….

Kod pocztowy………………………………………………………………….……….. Miejscowość………………………………………………………………………..

Gmina……………………………………………………………….. Powiat……………………………………………………………………………………………………... Województwo…………………………………..……….………………. **e-mail** : …………………………………………………………………………………………..

**tel. Komórkowy :** …………………………………………………………………………

1. **Wykształcenie:**

Uczelnia:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Data ukończenia……………………………… Kierunek studiów………………………………………………………………………………………………………….

Tytuł: …………………………………………………………………………………………. nr dyplomu…………………………… z dnia…………………………………

1. **Aktualne miejsce zatrudnienia :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Oświadczam, że dane zawarte w punkcie 1,2,3 są zgodne z dowodem osobistym**

Seria……………Nr…………………………………wydanym przez ……………………………………………………………………………………………………

Albo innym dowodem tożsamości……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………. …………………………………………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis kandydata na studia podyplomowe)

