



WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA

z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą

ul. Mickiewicza 20, 66 – 470 Kostrzyn nad Odrą,

Tel./fax 95 752 90 36, www.wssz.pl

Data wpływu
Nr

.....
(pieczęć Uczelni)

REKTOR

Wyższej Szkoły Zawodowej z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie na studia: *licencjackie*

Prowadzone w trybie: *niestacjonarnym*

Kierunek: *Ratownictwo medyczne*

Miejsce na zdjęcie

DANE PERSONALNE

Nazwisko:

Imiona:

Nazwisko rodowe:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Imię ojca: Imię matki:

PESEL Seria i numer dowodu osobistego:

Obywatelstwo: Narodowość:

ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica/wieś: Nr domu: Nr mieszkania:

Kod:-..... Miejscowość kodowa:

Województwo: wieś miasto

Tel.: E- mail:

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli inny niż wyżej)

Ulica/wieś: Nr domu: Nr mieszkania:

Kod:-..... Miejscowość kodowa:

Województwo: wieś miasto

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA

Dokumenty odebrane przez kandydata/studenta*

Nazwa szkoły:

Miejscowość ukończenia szkoły: Rok ukończenia:

Rodzaj matury: stara matura nowa matura

Nr świadectwa maturalnego: Data wydania świadectwa maturalnego:

Organ wydający świadectwo maturalne:

Miejsce wydania świadectwa maturalnego:

WYBRANY PRZEZ KANDYDATA JEZYK OBCY

język angielski język niemiecki

DEKLARACJA UISZCZANIA OPLAT ZA STUDIA

jedna rata za rok z góry dwie raty semestralne dziesięć rat miesięcznych

OŚWIADCZENIA KANDYDATA:

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie na studia w WSZ w Kostrzynie nad Odrą wpłacone wpisowe nie podlega zwrotowi.

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 i nast. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przekazanych w powyższym formularzu przez administratora danych osobowych- WSZ w Kostrzynie nad Odrą, ul. Mickiewicza 20, 66-470 Kostrzyn nad Odrą; zgodnie z w/w Ustawą w dowolnym czasie, w tym również w przyszłości, w celu organizacji procesu kształcenia przez WSZ w Kostrzynie nad Odrą, w celach marketingowych i reklamowych oraz w celach statystycznych związanych z działalnością, administratora danych osobowych, a także osób trzecich powiązanych z nim kapitałowo lub osobowo.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania w każdym czasie, a moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania w zakresie wyrażonej zgody osobie trzeciej.

Oświadczam, że zobowiązuje się do informowania administratora o wszelkich zmianach w zakresie podanych danych osobowych.

....., dnia 20..... r.

(miejscowość)

(podpis)

- zakreślić właściwe

Lp.	Spis dokumentów	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata/studenta
1.	Świadectwo maturalne w oryginale z ukończenia szkoły średniej nr z dnia r. wydanego przez w	Kwituję odbiór dokumentów (czytelny podpis) (data)
2.	2 fotografie legitymacyjne	Dokumenty wysłano listem poleconym
3.	płyta CD z fotografią	..... (czytelny podpis)
4.	.....	..... (data)
5.	Legitymacja studencka Nr albumu .....	..... (czytelny podpis) (data)
6.	Indeks Nr albumu .....	..... (czytelny podpis) (data)
Dokumenty odebrane przez absolwenta		
Lp.	Spis dokumentów	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez absolwenta
1.	Dyplom i suplement ukończenia studiów Nr .....	..... (czytelny podpis) (data)
2.	2 odpisy dyplomu i 2 odpisy suplementu Nr .....	..... (czytelny podpis) (data)
3.	Indeks nr albumu.....	..... (czytelny podpis) (data)
4.	Świadectwo maturalne w oryginale	..... (czytelny podpis) (data)
5.	Inne	..... (czytelny podpis) (data)