Wyższa Szkoła Informatyki i Zdrowia
ul. Słowackiego 85, 37-700 Przemyśl

PODANIE NA STUDIA PODYPLOMOWE

Proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe w roku akademickim 2021/2022

prowadzone w trybie niestacjonarnym. Semestr: zimowy ☐ letni ☐

Nazwa kierunku studiów podyplomowych……

1. Nazwisko:.....Imiona:.....

2. Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia.....

3. Nr PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Obywatelstwo:.....

4. Adres zameldowania: kod pocztowy ..... miejscowość.....

ulica.....nr domu……nr mieszkania ……

5. Adres zamieszkania: kod pocztowy ..... miejscowość.....

ulica.....nr domu…….....nr mieszkania ……

6. Telefon:.....e-mail:.....

7. Seria i nr dowodu osobistego.....wydany przez ……

8. Wykształcenie:……
(nazwa ukończonej Uczelni)

kierunek:……

tytuł zawodowy:……nr dyplomu: ....., data wydania .....
(licencjat, magister)

.....
(czytelny podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Informatyki i Zdrowia z siedzibą w Przemyślu w celu otrzymania praw i obowiązków wynikających m. in. z ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis kandydata)

ZOBOWIĄZANIE

W przypadku przyjęcia mnie na studia podyplomowe, zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu Studiów Podyplomowych w Wyższej Szkole Informatyki i Zdrowia z siedzibą w Przemyślu oraz uiszczania opłaty z tytułu odbywania studiów podyplomowych zgodnie z harmonogramem płatności.

....., dnia.....r. .....
(miejscowość) (czytelny podpis kandydata)

Wykaz wymaganych i złożonych dokumentów tak nie

1.	Kserokopia dyplomu ukończenia studiów wyższych (oryginał do wglądu)		
2.	Zdjęcie w formie elektronicznej. Standard jak do legitymacji lub dowodu 35x45		
3.	Potwierdzenie dokonania opłaty rekrutacyjnej		
4.	Klauzula informacyjna RODO		
5.	Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu (dot. Kosmetologia, Pielęgniarstwo)		
6.	Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych (dot. Kosmetologia, Pielęgniarstwo)		

Potwierdzam odbiór świadectwa ukończenia studiów podyplomowych

data …… podpis ……..