**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA STUDIA PODYPLOMOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU**  **WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY Z ODDZIAŁEM MEDYCYNY LABORATORYJNEJ**  **Studia Podyplomowe na kierunku:** …………………………………………………………………………………………….. | |
| **Dane ogólne:**   1. Nazwisko i imię (imiona)………………………………………………………………………………………………………. 2. Imiona rodziców……………………………………………………………………………………………………………………. 3. Nazwisko panieńskie (dla mężatek)……………………………………………………………………………………….. | |
| **Data i miejsce urodzenia:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| **Obywatelstwo:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Nr ewidencyjny PESEL:**  …………………………………………………………… | **Nr identyfikacji podatkowej NIP:**  ……………………………………………………………………………… |
| **Nr dowodu osobistego:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| **Adres zameldowania:**   1. Ulica………………………………………………………………………………………………………………………………………. 2. Numer domu………………………………………………………………………………………………………………………….. 3. Numer mieszkania…………………………………………………………………………………………………………………. 4. Kod pocztowy…………………………………………………………………………………………………………………………. 5. Miejscowość…………………………………………………………………………………………………………………………… 6. Poczta…………………………………………………………………………………………………………………………………….. 7. Powiat……………………………………………………………………………………………………………………………………. 8. Województwo……………………………………………………………………………………………………………………….. 9. Telefon stacjonarny……………………………………………………………………………………………………………….. 10. Telefon komórkowy………………………………………………………………………………………………………………. 11. E-mail…………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Adres do korespondencji:**   1. Ulica………………………………………………………………………………………………………………………………………. 2. Numer domu…………………………………………………………………………………………………………………………. 3. Numer mieszkania………………………………………………………………………………………………………………… 4. Kod pocztowy………………………………………………………………………………………………………………………… 5. Miejscowość…………………………………………………………………………………………………………………………. 6. Poczta…………………………………………………………………………………………………………………………………… 7. Powiat………………………………………………………………………………………………………………………………….. 8. Województwo………………………………………………………………………………………………………………………. 9. Telefon stacjonarny……………………………………………………………………………………………………………… 10. Telefon komórkowy……………………………………………………………………………………………………………… 11. E-mail………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| **Ukończone studia wyższe:**   1. Nazwa Uczelni………………………………………………………………………………………………………………………. 2. Ukończony kierunek studiów……………………………………………………………………………………………….. 3. Data ukończenia studiów…………………………………………………………………………………………………….. 4. Forma kształcenia (odpowiednie podkreśl):  * Studia I stopnia * Studia II stopnia * Studia jednolite magisterskie * Nr albumu studenta, w przypadku gdy kandydat ukończył studia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku………………………………………………………………………………………………. | |
| Oświadczam, że zapoznałem (am) się z zasadami rekrutacji obowiązującymi na studiach podyplomowych oraz Regulaminem Studiów Podyplomowych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.  …………………………………………………………….  Czytelny podpis kandydata | |
| W związku z art.23 ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002, nr 101, poz. 926 z późn.zm ) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych do celów rekrutacji i nauki  Jednocześnie, w związku z art. 24 w/w ustawy przyjmuję do wiadomości, że:   1. Administratorem danych jest Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku - ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok. 2. Dane są zbierane w celu prowadzenia rekrutacji, realizacji procesu nauczania i korzystania z usług świadczonych przez Uczelnię (w tym bibliotecznych) i nie będą udostępniane innym podmiotom. 3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania i uzupełniania na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych. 4. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012, poz. 572 z późń. zm ), rozporządzeń wykonawczych do ustawy, statutu i regulaminów wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.     …..…………………………………………………………  Czytelny podpis kandydata  Świadomy(a) odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że dane zamieszczone w formularzu podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.  ………………………………………………………………  Czytelny podpis kandydata | |

…………………………………………………………………

Wpłynęło ( data i podpis)