**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)