



Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku
57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 8, tel. 74 867 13 02

ANKIETA OSOBOWA NA STUDIA POMOSTOWE

Kierunek: Forma: stacjonarna ; niestacjonarna *

Nazwisko:

Imię (Imiona):

Nazwisko rodowe:

Data i miejsce urodzenia:

Nazwa i numer dokumentu tożsamości :

PESEL:

Narodowość: Obywatelstwo:

Adres zamieszkania:

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

e-mail:

Telefon komórkowy:

Imiona i nazwiska rodziców:

Ukończone szkoły:

I. Nazwa i rok ukończenia szkoły średniej:

.....
.....

Miejscowość Nr świadectwa Data wydania

II. Nazwa i rok ukończenia szkoły pielęgniarzkiej:

.....
.....

Miejscowość Nr świadectwa Data wydania

ZDJĘCIE
(35 x 45 mm)



Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku
57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 8, tel. 74 867 13 02

W razie wypadku powiadomić:

Nazwisko i imię:.....

Dokładny adres i numer telefon:.....

Czy Pan/ Pani jest zainteresowany/ a zakwaterowaniem w akademiku :

tak nie

***Właściwie podkreślić**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku z siedzibą w Kłodzku, ul. Okrzei 8, w celu rekrutacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym informacją o celu i przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Kłodzko, dnia

.....

podpis