



Kłodzko, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania – ulica, nr domu, miejscowość)

.....  
(telefon i adres e-mail)

**Prodziekan ds. Studiów Podyplomowych  
dr n. hum. Małgorzata Felcenloben  
Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku**

### PODANIE

Proszę o przyjęcie na Studia Podyplomowe: .....

.....  
w roku akademickim ...../.....

.....  
**(podpis)**

*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.*

.....  
**(podpis)**

#### **Do podania załączam:**

1. kwestionariusz zgłoszeniowy na Studia Podyplomowe w Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku,
2. odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych lub kserokopie dyplomu poświadczone przez jednostkę przyjmującą dokumenty,
3. Odpis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
4. dwie fotografie o wymiarach 35 mm x 45 mm bez nakrycia głowy, na jasnym tle, podpisane imieniem i nazwiskiem.