

J. M. Rektor

Wyższej Szkoły Mazowieckiej w Warszawie

Data złożenia dokumentów

____/____/201____r.

(fotografia)
35x45 mm

Nr albumu _____

Nr FK _____

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie na studia I – go stopnia: **stacjonarne** (dzienne) / **niestacjonarne** (wieczorowe, zaoczne) *

(kierunek studiów)

DANE OSOBOWE: (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

1. Nazwisko _____ Imiona _____

2. Nazwisko panięskie (rodowe) _____

3. Data i miejsce urodzenia ____/____/19____r. w _____ woj. _____

4. Imiona rodziców: ojca _____ matki _____

5. Nr PESEL _____ Seria i nr dowodu osobistego _____

6. Narodowość _____ Obywatelstwo _____

7. Adres stałego zameldowania: kod _____ - _____, miejscowość _____

wieś/miasto* - ulica _____ nr domu _____ mieszkania _____ woj. _____

8. Adres korespondencyjny: kod _____ - _____, miejscowość _____

wieś/miasto* - ulica _____ nr domu _____ mieszkania _____ woj. _____

9. Nr telefonu: stacjonarny _____ komórkowy _____

adres e-mail _____

PRZYNALEŻNOŚĆ: (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

10. Stosunek do powszechnego obowiązku służby wojskowej

przedpoborowy poborowy służba czynna przeniesiony do rezerwy

Kategoria „____”, Seria i nr książeczki wojskowej _____

WYKSZTAŁCENIE: (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

11. Ukończona szkoła średnia (matura): nazwa szkoły _____

nr szkoły _____ miejscowość _____

nr świadectwa dojrzałości _____ wydane dnia ____/____/19____r.

12. Studiowałem(am)/ studiuje w wyższej szkole: nazwa uczelni _____

miejscowość _____ kierunek _____ w latach od _____ do _____

studia kontynuuję/ przerwałem(am) z powodu * _____

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA:

13. Język angielski w grupie o stopniu * podstawowym średnio zaawansowanym zaawansowanym
 Język niemiecki w grupie o stopniu * podstawowym średnio zaawansowanym zaawansowanym

DODATKOWE:

14. Podstawowe źródło utrzymania rodziny kandydata: umowa o pracę umowa cywilno -prawna
 działalność gospodarcza gospodarstwo rolne inne _____
15. Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegam jako: członek rodziny pracownik bezrobotny (Urząd Pracy)
 osoba prowadząca działalność rolnik (KRUS) inne nie podlegam
16. Oświadczam, że w myśli postanowień ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych : nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności
 przedkładałam orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym stopniu niepełnosprawności
17. Źródło, z którego uzyskałam informacje o Uczelni: internet znajomi plakat prasa inne
 Działając na podstawie art. 23 ust. 1 oraz art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r O ochronie danych osobowych oświadczam, że:
- Administratorem moich danych osobowych jest Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie Al. Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa.
 - Swoje dane osobowe przekazuję dobrowolnie i wyrażam na ich przetwarzanie dla celów związanych z rekrutacją i realizacją procesu dydaktycznego Uczelni.
 - Upoważniam WSM, po weryfikacji i podania hasła(nr PESEL/inne.....) do przekazywania danych przez telefon.

Warszawa, dnia ____ / ____ / ____ r.

 Podpis kandydata

Do podania załączam następujące dokumenty:

Lp.	DOKUMENTY	ILOŚĆ	POKWITOWANIE W PRZYPADKU ODBIORU DOKUMENTÓW PRZEZ KANDYDATA
1.	Świadectwo dojrzałości; oryginał/odpis		Kwituję odbiór świadectwa dojrzałości oraz pozostałych dokumentów _____ miejscowość data _____ czytelny podpis
2.	Świadectwo ukończenia szkoły średniej (nowa matura)		
3.	Trzy fotografie 35x45mm (format do dowodu osobistego) + zdjęcie na płycie 235x295mm CD		
4.	Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów, w przypadku kierunku FIZJOTERAPI – wydane przez lekarza medycyny pracy		
5.	Kserokopia dowodu osobistego		
6.	Kserokopia książeczki wojskowej		
7.	Kserokopia dyplomu technika (dotyczy fizjoterapii)		
8.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane, przez uprawniony organ (dotyczy osób niepełnosprawnych)		
9.	Umowa o studiowanie w WSM		
10.	Dowód uiszczenia wpisowego		

OŚWIADCZENIE / WNIOSEK STUDENTA

- Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zobowiązuje się uiszczać czesne (wynikające z podpisanej umowy) rocznie/semestralnie.
 Ja niżej podpisany(a) składam wniosek z prośbą o rozłożenie czesnego wynikające z podpisanej umowy na _____rat.

 data i podpis osoby przyjmującej dokumenty

 data i podpis osoby składającej dokumenty

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY

Warszawa, dnia _____

Warszawa, dnia _____

KANCLERZ

REKTOR

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ