

(fotografia)

PODANIE

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

.....
(kierunek studiów)

- 1) Nazwisko _____ Imiona _____
- 2) Nazwisko panięskie(rodowe) _____
- 3) Data i miejsce urodzenia: ___/___/19__ w _____ woj. _____
- 4) Imiona rodziców:ojca _____ matki _____
- 5) nr PESEL _____
- 6) Seria i nr dowodu osobistego _____
- 7) Narodowość _____
- 8) Obywatelstwo _____
- 9) Adres stałego zameldowania: kod ___ - _____,miejsowość _____
wieś/miasto*- ulica _____ nr domu _____ nr mieszkania _____
Województwo _____
- 10) Adres korespondencyjny: kod ___ - _____,miejsowość _____
wieś/miasto*- ulica _____ nr domu _____ nr mieszkania _____
Województwo _____
- 11) Nr telefonu:stacjonarny _____ komórkowy _____
e-mail _____
- 12) Przynależność do Wojskowej Komendy Uzupelnień:kod ___ - _____,miejsowość _____
ulica _____ nr _____
- 13) Stosunek do powszechnego obowiązku służby wojskowej
 przedpoborowy poborowy służba czynna przeniesiony do rezerwy
KATEGORIA ”_____” Seria i nr książeczki wojskowej _____
- 14) Ukończona szkoła średnia(matura) :nazwa szkoły _____
nr szkoły _____ miejscowość _____
nr świadectwa dojrzałości _____ wydane dnia ___/___/___ r.
- 15) Studiowałem/studiuję w wyższej szkole:nazwa uczelni _____
miejscowość _____ kierunek _____ w latach od _____ do _____
studia kontynuuję/przerwałem z powodu * _____
- 16) Język angielski w grupie o stopniu* podstawowym średnio zaawansowanym zaawansowanym
Język niemiecki w grupie o stopniu* podstawowym średnio zaawansowanym zaawansowanym

17) Podstawowe źródło utrzymania rodziny kandydata: umowa o pracę umowa cywilno-prawna

działalność gospodarcza gospodarstwo rolne inne _____

18) Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegam jako: członek rodziny pracownik bezrobotny(Urząd Pracy)

osoba prowadząca działalność gospodarczą rolnik(KRUS) inne nie podlegam

19) Oświadczam, że w myśl postanowień ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych:

a) nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności

b) przedkładałam orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym stopniu niepełnosprawności

20) Źródło, z którego uzyskałem 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:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie ul. Nowogrodzka 56 00-695 Warszawa
2. Swoje dane osobowe przekazuję dobrowolnie i wyrażam na ich przetwarzanie dla celów związanych z rekrutacją i realizacją procesu dydaktycznego Uczelni.
3. 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

L.P	DOKUMENTY	ILOŚĆ	POKWITOWANIE W PRZYPADKU ODBIORU DOKUMENTÓW PRZEZ KANDYDATA
1.	Świadectwo dojrzałości;oryginał/odpis		Kwituję odbiór świadectwa dojrzałości oraz pozostałych dokumentów _____ <i>miejsowość data</i> _____ <i>czytelny podpis</i>
2.	Świadectwo ukończenia szkoły średniej(<i>nowa matura</i>)		
3.	Cztery fotografie 35x45 mm(format do dowodu osobistego)		
4.	Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów, w przypadku kierunku FIZJOTERAPIA - wydane przez lekarza medycyny pracy		
5.	Kserokopia dowodu osobistego		
6.	Kserokopia książeczki wojskowej		
7.	Kserokopia dyplomu technika(dot. fizjoterapii)		
8.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,wydane przez uprawniony organ(dot. osób niepełnosprawnych)		
9.	Umowa o studiowanie w WSM		
10.	Dowód uiszczenia Wpisowego(kserokopia)		

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Ja niżej podpisany oświadczam, że zobowiązuję się uiszczać czesne(wynikające z podpisanej umowy) rocznie/semestralnie* jednorazowo.

_____ data i podpis osoby przyjmującej dokumenty

_____ data i podpis osoby składającej dokumenty

WNIOSEK STUDENTA

Ja niżej podpisany składam wniosek z prośbą o rozłożenie czesnego wynikającego z podpisanej umowy na ____ rat.

_____ data i podpis osoby przyjmującej dokumenty

_____ data i podpis osoby składającej dokumenty

WYRAŻAM ZGODE/
NIE WYRAŻAM ZGODY

WYRAŻAM ZGODE/
NIE WYRAŻAM ZGODY

Warszawa dn. _____

KANCLERZ

Warszawa dn. _____

REKTOR