

# Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

## ANKIETA

### DANE OSOBOWE

Nazwisko

Imię / Imiona

Nazwisko panieńskie

Imię ojca

Imię matki

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Stan cywilny

Dowód osobisty ( seria, numer)

Stan rodzinny

Stosunek do służby wojskowej ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )

Poborowy

Przeniesiony do rezerwy

Nie podlega

### DANE ADRESOWE

Adres zamieszkania ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )

miasto

wieś

Kod

\_\_\_ - \_\_\_

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Adres korespondencyjny

Kod

\_\_\_ - \_\_\_

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

### PODSTAWOWE ŹRÓDŁO UTRZYMANIA RODZINY KANDYDATA NA STUDIA

( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )

Stosunek pracy na podstawie

Działalność gospodarcza

Umowy o pracę

Emerytura/renta

Umowy cywilno-prawnej

Gospodarstwo rolne

Inne ( wymienić jakie )

Osoby utrzymujące rodzinę ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )

Na własnym utrzymaniu

Wspólne utrzymanie z mężem / żoną

Rodzice / opiekunowie

Inne ( wymienić )

### KONTAKT

Telefon

Adres e - mail

<b>KIERUNEK STUDIÓW</b> ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )					
Zarządzanie		Pielęgniarstwo		Położnictwo	
Poziom studiów ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )					
Studia pierwszego stopnia				Studia zawodowe pomostowe	
Forma studiów ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )					
Studia stacjonarne				Studia niestacjonarne	
<b>ŚWIADECTWO MATURALNE</b>					
Nazwa szkoły					
Adres szkoły					
Numer świadectwa				Data wydania	
<b>ŚWIADECTWO / DYPLOM PIEŁĘGNIARKI / POŁOŻNEJ</b> ( dotyczy kandydatów na studia zawodowe pomostowe )					
Nazwa szkoły					
Adres szkoły					
Numer świadectwa / dyplomu				Data wydania	
Kod	__ - __	Miejscowość			
Ulica			Numer domu		Numer mieszkania
Zawód ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )			Pielęgniarka		Położna
Prawo wykonywania zawodu					
Numer	Data wydania		Wydający		
<b>WYBIERAM JĘZYK OBCY</b>					
Język .....		Znajomość ( właściwe zaznaczyć X w szarym polu obok )			
		podstawowa		zaawansowana	
<b>INFORMACJE DODATKOWE</b>					
Osoba którą należy powiadomić w razie wypadku:					
Nazwisko i imię			Numer telefonu		
Orzeczenie o niepełnosprawności:					
Stopień		Kod rodzaju niepełnosprawności			
Aktualne zatrudnienie					
Stanowisko		Nazwa i adres zakładu pracy			
<b>ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH</b>					
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych					
Data			Podpis		