



<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>																			
<b>E-MAIL</b>																			
<b>DANE OSOBY KONTAKTOWEJ ( W PRZYPADKU ZDARZENIA LOSOWEGO)</b>																			
<b>NAZWISKO</b>																			
<b>IMIĘ</b>																			
<b>NR TELEFONU</b>																			
<b>OBYWATELSTWO</b>																			
<b>PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY WYŻSZEJ</b>																			
<b>ROK UKOŃCZENIA</b>																			
<b>KIERUNEK</b>																			
<b>NR DYPLOMU</b>																			
<b>SERIA I NR DOWODU OS.</b>																			

**Proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe na Wydziale Kosmetologii i Nauk Edukacyjnych w Wyższej Szkole Zdrowia, Urody i Edukacji w Poznaniu.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

**Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych osobowych oraz dostarczonych dokumentów dla potrzeb Uczelni, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami).**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

*Wypełnia pracownik Biura Rekrutacji*

LP	NAZWA DOKUMENTU	DATA PRZYJĘCIA	PODPIS PRACOWNIKA	DATA WYDANIA	PODPIS KANDYDATA
1	Kwestionariusz osobowy				
2	Oświadczenie kandydata				
3	Ksero dowodu osobistego				
4	Zdjęcie				
5	Dyplom				