Wypełnia pracownik Biura Rekrutacji

DATA WPŁYWU:	
NR REKRUTACYJNY:	

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

STUDIA MAGISTERSKIE

Prosimy zaznaczyć X przy wybranym kierunku i trybie studiów. Pozostałą część kwestionariusza prosimy wypełnić ***DRUKOWANYMI*** *literami.*

KOSMETOLOGIA		**TRYB NIESTACJONARNY**	

PESEL																								
NAZWISKO																								
IMIONA																								
NAZWISKO PANIEŃSKIE																								
DATA URODZENIA			-			-					**STAN CYWILNY**													
MIEJSCE URODZENIA																								
IMIĘ OJCA																								
IMIĘ MATKI																								
OBYWATELSTWO																								
OBSZAR ZAMIESZKANIA	**MIASTO**															**WIEŚ**								
ADRES ZAMIESZKANIA																								
KOD POCZTOWY, POCZTA			-																					
MIEJSCOWOŚĆ																								
ULICA, NR DOMU, MIESZKANIA																								
ADRES KORESPONDENCYJNY																								
KOD POCZTOWY, POCZTA			-																					
MIEJSCOWOŚĆ																								
ULICA, NR DOMU, MIESZKANIA																								
NR TELEFONU 1.										**NR TEL. 2.**														
E-MAIL																								
DANE OSOBY KONTAKTOWEJ *(W PRZYPADKU ZDARZENIA LOSOWEGO)*																								
NAZWISKO, IMIĘ																								
NR TELEFONU																								

PODSTAWOWE ŹRÓDŁO UTRZYMANIA KANDYDATA

	Działalność gospodarcza		**Gospodarstwo rolne**		**Wolny zawód** (np. artysta)		
	Praca najemna (np. umowa o pracę)		**Emerytura / renta**		**Inne**		

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji w Poznaniu
ul. Brzeźnicka 3, 60 - 133 Poznań
61 655 85 71, rekrutacja@wszuie.pl, facebook.com/wszuie

PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY WYŻSZEJ	
KIERUNEK	
ROK UKOŃCZENIA	**MIEJSCOWOŚĆ**
NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	
SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	

FORMULARZ JĘZYKOWY

UWAGA! Prosimy zanaczyć "X" przy jednym wybranym języku.

JĘZYK ANGIELSKI	**ŚREDNIOZAAWANSOWANY**		**ZAAWANSOWANY**	
JĘZYK NIEMIECKI	**ŚREDNIOZAAWANSOWANY**		**ZAAWANSOWANY**	

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

…… *(miejscowośc, data)*

…… *(czytelny podpis kandydata)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych oraz dostarczonych dokumentów dla potrzeb Uczelni, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (teskt jedn.: Dz. U. 2015 poz. 2135 z późn. zm.).

…… *(miejscowośc, data)*

…… *(czytelny podpis kandydata)*

Wypełnia pracownik Biura Rekrutacji

Lp.	Nazwa dokumentu	Data złożenia	Podpis pracownika	Data wydania	Podpis kandydata
1	Kwestionariusz osobowy				
2	Oświadczenie kandydata				
3	Ksero dokumentu tożsamości				
4	Zaświadczenie lekarskie				
5	Zdjęcie				
6	Kserokopia dyplomu				
7	Kserokopia suplementu				