

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE  
W WYŻSZEJ SZKOLE KULTURY FIZYCZNEJ I TURYSTYKI  
im. HALINY KONOPACKIEJ w PRUSZKOWIE**



.....  
/ nazwa studiów podyplomowych /

<b>1. DANE OSOBOWE</b>				<i>miejsce na zdjęcie</i>											
Imię (imiona)	pierwsze:		drugie:												
Nazwisko															
Nazwisko rodowe															
Imiona rodziców	matki:		ojca:												
Data urodzenia	dzień:	miesiąc:	rok:												
Miejsce urodzenia			Miasto / Wieś *												
Obywatelstwo															
Województwo															
Nr ewid. (PESEL)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														

<b>2. ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA</b>		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Miasto / Wieś *
Województwo:		

<b>3. ADRES DO KORESPONDENCJI</b>		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Miasto / Wieś *
Województwo:		
Nr telefonu stacjonarnego:		
Nr telefonu komórkowego:	e-mail:	

<b>4. AKTUALNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA</b>		
Nazwa zakładu pracy:		
Ulica:	Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Miasto / Wieś *
Województwo:		
Nr telefonu stacjonarnego:		Nr faxu:
Zawód wykonywany:		Stanowisko:
Data zatrudnienia	dzień:	miesiąc:
		rok:

\*) niepotrzebne skreślić

<b>4. WYKSZTAŁCENIE ( zgodnie z dyplomem ukończenia studiów wyższych)</b>	
<b>A. studia pierwszego stopnia z tytułem licencjata, inżyniera lub równorzędnym**</b>	
Nazwa uczelni:	
Miejscowość:	Rok ukończenia:
Wydział	
Kierunek	Specjalność
Nr dyplomu	Data wydania dyplomu
<b>B. studia drugiego stopnia z tytułem magistra**</b>	
Nazwa uczelni:	
Miejscowość	Rok ukończenia:
Wydział	
Kierunek	Specjalność
Nr dyplomu	Data wystawienia dyplomu
<b>C. wykształcenie uzupełniające (kursy, szkolenia, studia podyplomowe wraz z datą ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)</b>	

<b>5. OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU:</b>	
Nazwisko i imię:	
Nr telefonu stacjonarnego (wraz z nr. kierunkowym):	
Nr telefonu komórkowego:	e-mail:

<p>Oświadczam, że dane zawarte w punktach: 1, 2, 3 są zgodne z dowodem osobistym:</p> <p>seria i numer: ..... wydanym przez: .....</p> <p>.....W .....</p> <p>albo innym dowodem tożsamości .....</p>
---

Pruszków .....  
/ data /

.....  
/ podpis osoby składającej kwestionariusz osobowy/

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem studiów podyplomowych w Wyższej Szkole Kultury Fizycznej im. H. Konopackiej w Pruszkowie .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie przez WSKFIT w Pruszkowie dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji i organizacji zajęć studiów podyplomowych , zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 133,poz. 883, z późn. zm.).

.....  
/ podpis kandydata /

\*\* ) wypełniają osoby posiadające określony tytuł / wykształcenie