

**A** (część A wypełnia kandydat/ka)

**JEGO MAGNIFICENCJA  
REKTOR WYŻSZEJ SZKOŁY PLANOWANIA STRATEGICZNEGO  
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

## **PODANIE – ANKIETA OSOBOWA**

Proszę o przyjęcie mnie na studia w roku akademickim: **2023/2024**

Semestr:

zimowy  letni

- poziom A – 1 rok/2 semestry - dla absolwentów 5 letnich liceów medycznych  
 poziom B – 1,5 roku/3 semestry - dla absolwentów 2 letnich medycznych szkół zawodowych  
 poziom C – 1 rok/2 semestry - dla absolwentów 2,5 letnich medycznych szkół zawodowych  
 poziom D – 1 rok/2 semestry - dla absolwentów 3 letnich medycznych szkół zawodowych

KANDYDAT(KA) kobieta  mężczyzna

1. **Nazwisko:**.....**Imiona:**....., .....
2. **Data i miejsce urodzenia:** .....
3. **Nr PESEL**.....
4. **Obywatelstwo:** ..... **Narodowość:** .....
5. **Imiona rodziców:** ojca..... matki.....
6. **Nazwisko panińskie (u mężatek)** .....
7. **Seria i nr dowodu osobistego**.....wydanego przez.....
8. **Adres zamieszkania przed rozpoczęciem studiów\*:** kod pocztowy..... miejscowość.....  
ulica.....nr domu..... nr mieszkania ..... woj. ....  
miasto  wieś   
\* art. 25 Kodeksu Cywilnego - Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, 2337, 2339, z 2023 r. poz. 326 z póź. zm. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny).
9. **Adres do korespondencji:** kod pocztowy ..... miejscowość.....  
ulica.....nr domu.....nr mieszkania ..... woj. ....  
miasto  wieś
10. **Telefon kontaktowy:** ..... **e-mail** .....
11. **Dane o wykształceniu:**
  - **pełna nazwa szkoły średniej:** .....
  - .....  
miejscowość: ..... data wystawienia .....
  - numer świadectwa .....
  - **Okręgowa Komisja Egzaminacyjna /w przypadku nowej matury/:** .....
  - data wystawienia świadectwa ..... nr świadectwa .....
12. **Ukończona szkoła wyższa:**  
**nazwa uczelni** .....
- .....

wydział..... kierunek.....  
rok ukończenia..... nr dyplomu .. ..

**13. Wypełniają tylko kandydaci z orzeczoną stopniem niepełnosprawności**

Posiadam orzeczoną stopień niepełnosprawności:     znaczny    umiarkowany    lekki

**14. O Wyższej Szkole Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej dowiedziałam/dowiedziałem się z:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> plakatów, ulotek   | <input type="checkbox"/> reklamy prasowej     |
| <input type="checkbox"/> reklamy wielkoformatowej (banery)                                      | <input type="checkbox"/> od znajomych/rodziny |
| <input type="checkbox"/> wydarzeń specjalnych (festyny, koncerty, imprezy plenerowe i sportowe) | <input type="checkbox"/> internetu            |
| <input type="checkbox"/> reklamy radiowej   | <input type="checkbox"/> inne .....           |

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem studiów oraz zasadami obowiązującymi na uczelni, jednocześnie zobowiązując się do ich przestrzegania.
2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem odpłatności za studia. Jestem świadomy(a), że w momencie przerwania nauki w Wyższej Szkole Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, zobowiązuję się do uregulowania raty za bieżący miesiąc, w którym dokonuję rezygnacji.
3. Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
4. W przypadku zmiany adresu zamieszkania zobowiązuję się powiadomić kierownika podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni, nie później niż w ciągu 14 dni od daty zaistniałej sytuacji.

....., dnia.....f.  
(miejscowość)

.....  
(podpis kandydata)

**B (część B wypełnia pracownik BIURA REKRUTACJI)**

**Wykaz wymaganych i złożonych dokumentów**

1. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopia świadectwa dojrzałości (oryginał do wglądu)
2. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopia świadectwa ukończenia szkoły średniej w przypadku nowej matury (oryginał do wglądu)
3. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	1 aktualna fotografia formatu 35x45mm zgodna z wymogami obowiązującymi przy wydawaniu dowodów osobistych
4. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	zdjęcie w formie elektronicznej zapisane na płycie CD/DVD w formacie JPG o wymiarach 236x295 pikseli, rozdzielczość 300 piks/cal (identyczne ze zdjęciem w formie papierowej)
5. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo wystawione przez lekarza medycyny pracy
6. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopia dyplomu pielęgniarskiego/pielęgniarki (oryginał do wglądu)
7. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopia aktualnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego/pielęgniarki (oryginał do wglądu) – dotyczy osób posiadających w/w dokument
8. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopia książeczki zdrowia – 1 strona, aktualne badania oraz badania Sanepid (oryginał do wglądu)
9. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu (do ewentualnego zwolnienia z praktyk zawodowych)
10. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kserokopie: zaświadczeń ukończonych kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji (oryginały do wglądu)
11. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych i oświadczenie o miejscu zamieszkania
12. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Dowód wpłaty opłaty w wysokości 107 zł (opłata rekrutacyjna: 85 zł + opłata za legitymację studencką: 22 zł)

Data i podpis pracownika przyjmującego dokumenty .....