



AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH

Wincentego Pola

W LUBLINIE

20-816 Lublin, ul. Choiny 2 / tel./fax 81 740 72 40 / www.akademia-pol.edu.pl / e-mail: info@pol.edu.pl

PODANIE

Imię	Nazwisko
------	----------

Proszę o przyjęcie mnie na studia **II stopnia / magisterskie** / do Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie na rok akademicki 2025/2026 na kierunek

KOSMETOLOGIA

w trybie (*x* - zaznaczyć właściwe): stacjonarnym niestacjonarnym

KWESTIONARIUSZ / PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI /

IMIONA		NAZWISKO	
NAZWISKO RODOWE			
DATA URODZENIA		MIĘSCIE URODZENIA	
IMIONA RODZICÓW	<i>ojca</i>		<i>matki</i>
KRAJ POCHODZENIA		OBYWATELSTWO	
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO / PASZPORTU		PESEL	
SERIA I NUMER WIZY		KARTY POBYTU	
PŁEĆ	K / M	KARTA POLAKA	TAK / NIE / NIE DOTYCZY

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA	<i>ulica, nr</i>		
<i>kod</i>	<i>miasto/wieś</i>		
<i>gmina</i>	<i>powiat</i>	<i>województwo</i>	
KONTAKT:	<i>telefon +48</i>	<i>e-mail (PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)</i>	
	<i>telefon +</i>		
ADRES DO KORESPONDENCJI *	<i>ulica</i>		
<i>kod</i>	<i>miasto/wieś</i>	<i>województwo</i>	

* Wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres stałego zameldowania

WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE OGÓLNE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE TECHNICZNE	<i>inne</i>
PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY ŚREDNIEJ			
NR ŚWIADECTWA DOJRZAŁOŚCI		Z DNIA	
		MIEJSCOWOŚĆ	
PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ			
NR DYPLOMU		Z DNIA	

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej (zgodnie z art. 233, 272 i 297 Kodeksu Karnego.)

JĘZYKI OBCE:

ANGIELSKI

POZIOM:

- > POCZĄTKUJĄCY
- > ŚREDNIO ZAAWANSOWANY
- > ZAAWANSOWANY

Załączniki:

1. Oryginalny odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych wraz z kserokopią suplementu,
2. Oryginalny odpis świadectwa dojrzałości,
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki na kierunku Kosmetologia (zaświadczenie od lekarza medycyny pracy),
4. 1 kolorowa fotografia o wymiarach 35x45 mm .

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych oraz dostarczonych dokumentów dla potrzeb Uczelni, stosownie do ustawy z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) oraz zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119.) od dnia wejścia w życie w/w rozporządzenia.

.....
Data i podpis

Ja niżej podpisany (a) wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez Akademię Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie do systemu Elektronicznej Legitymacji Studenckiej oraz do albumu i dyplomu.

Zgoda zostaje wyrażona bezterminowo, nieodpłatnie i bez ograniczeń podmiotowych i przedmiotowych.

.....
Data i podpis

Deklaracja finansowa studiów:

Zobowiązuje się do opłaty za naukę w Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie na warunkach ustalonych w regulaminach uczelni. Przyjmuję do wiadomości, że opłaty przyjmowane są z góry do 5-tego dnia każdego miesiąca, w przypadku opóźnienia naliczane będą odsetki. Podstawą do finansowego rozliczenia studenta jest data pisemnego rozwiązania umowy o kształcenie.

.....
Data i podpis

Potwierdzam odbiór dokumentów / POLE WYPEŁNIANE PRZY ODBIORZE DOKUMENTÓW /

1. Odpis dyplomu

Nr dyplomu

z dnia

2. Świadectwo dojrzałości

Nr świadectwa

z dnia

3.

4.

5.

.....
Data i podpis