AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
Wincentego Pola
W LUBLINIE

20-816 Lublin, ul. Choiny 2, tel./fax 81 740 72 40, 81 740 25 47 http://www.wssp.edu.pl, e-mail: info@wssp.edu.pl

PODANIE

Imię	*Nazwisko*

Proszę o przyjęcie mnie na **studia podyplomowe** do Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie na rok akademicki 2026/2027 na kierunek:

……

KWESTIONARIUSZ / PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI /

IMIONA		NAZWISKO	
NAZWISKO RODOWE			
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA	
IMIONA RODZICÓW	*ojca*		*matki*
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	*kod* *miasto/wieś* *ul.*	
KONTAKT:	*telefon +48* ……	*e-mail (* **PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI** *)*
ADRES DO KORESPONDENCJI *	*kod* *miasto/wieś* *ul.*	

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

WYKSZTAŁCENIE

PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY WYŻSZEJ			
NR DYPLOMU		Z DNIA	

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

……
Data i podpis

Załączniki:
1. Kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych
2. 1 kolorowa fotografia o wymiarach 35x45 mm.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dostarczonych dokumentów przez Uczelnię w procesie rekrutacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

.....
Data i podpis

Ja niżej podpisany (a) wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez Akademię Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie. 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.

.....
Data i podpis