Załącznik nr 2 do Uchwały nr 3/V/2019

Ankieta osobowa *(Proszę wypełnić drukowanymi literami)*

Kierunek studiów	Fizjoterapia
Poziom studiów	Jednolite 5-letnie studia magisterskie
Forma studiów *	stacjonarne niestacjonarne
Imię/Imiona i Nazwisko oraz Płeć*	kobieta mężczyzna
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Rodzaj miejsca zamieszkania przed studiami*	miasto wieś
Adres korespondencyjny	
Adres poczty elektronicznej	
Telefon kontaktowy	
Seria, numer i organ/nazwa państwa** wydający dowód osobisty/paszport**	
Obywatelstwo, nazwa państwa urodzenia** i informacja o posiadaniu Karty Polaka**	
PESEL	
Wykształcenie	
Nazwa i rok ukończenia szkoły	
Zawód wyuczony	
Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?*	tak nie Jeśli tak, jaki stopień niepełnosprawności? lekki umiarkowany znaczny
Imiona rodziców	
Telefon oraz imię i nazwisko bliskiej osoby (w razie wypadku lub innej sytuacji awaryjnej)	
Języki obce (stopień zaawansowania)	
Skąd Pan/Pani dowiedziała się o tej uczelni?	
Data i podpis składającego dokumenty	

*Proszę zaznaczyć właściwe. **Proszę podać wyłącznie w przypadku cudzoziemców.

Oświadczam, że po wpisaniu mnie na listę studentów zobowiązuję się do podpisania umowy z uczelnią o opłatach za usługi edukacyjne i przestrzegania warunków tej umowy.

Podpis