



WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA i ADMINISTRACJI
ul. Akademicka 4, 22-400 Zamość
tel. (84) 677 67 30, fax (84) 677 67 10
e-mail: poczta@wszia.edu.pl, http:// www.wszia.edu.pl

**FORMULARZ REKRUTACYJNY NA STUDIA II- GO STOPNIA
(MAGISTERSKIE)**

Proszę o przyjęcie mnie na studia
w roku akademickim 2018/2019 (semestr letni)

KIERUNEK FIZJOTERAPIA

kolorowa
fotografia o
wymiarach
35 × 45 mm

| | | |
|---------------|--|---|
| FORMA: | Stacjonarny <input type="checkbox"/> * | Niestacjonarny <input type="checkbox"/> * |
|---------------|--|---|

Ważne dla kandydata: dane z części A. formularza należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami wpisując każdą literę w osobną kratkę. Uprzedza się o odpowiedzialności karnej z art. 233 kk. za podanie nieprawdziwych danych.

A. DANE PERSONALNE:

NAZWISKO:

PIERWSZE IMIĘ: **DRUGIE IMIĘ:**

PESEL: **SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO:**

DATA URODZENIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK): - -

MIEJSCE URODZENIA:

PŁEĆ: Kobieta * Mężczyzna *

NARODOWOŚĆ: **OBYWATELSTWO:**

IMIĘ MATKI: **IMIĘ OJCA:**

Jakie jest podstawowe źródło utrzymania rodziny?

- wynagrodzenie za pracę
- emerytura / renta
- gospodarstwo rolne
- działalność gospodarcza
- inne (należy podać jakie)

Potwierdzam zgodność danych z dowodem osobistym:

Punkt rekrutacyjny (miejscowość):

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty

*) zaznaczyć znakiem „x”

| B. ADRES ZAMIESZKANIA: | |
|----------------------------------|--|
| ULICA/NR DOMU/ NR MIESZKANIA: | |
| KOD POCZTOWY: | |
| MIEJSCOWOŚĆ /NR DOMU: | |
| POCZTA: | |
| POWIAT: | |
| WOJEWÓDZTWO: | |
| TELEFON: | |
| E-MAIL: | |

| C. ADRES DO KORESPONDENCJI: (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania) | |
|---|--|
| ULICA/NR DOMU/ NR MIESZKANIA: | |
| KOD POCZTOWY: | |
| MIEJSCOWOŚĆ /NR DOMU: | |
| POCZTA: | |
| POWIAT: | |
| WOJEWÓDZTWO: | |
| TELEFON: | |
| E-MAIL: | |

| D. MIEJSCE ZAMIESZKANIA: | | | |
|--------------------------|----------------------------|------|--|
| Miasto | <input type="checkbox"/> * | Wieś | <input type="checkbox"/> * Odległość miejsca zamieszkania do uczelni [km]: |

| E. UKOŃCZONA SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA | |
|---|--|
| NAZWA SZKOŁY: | |
| TYP SZKOŁY: (NP. LO, LT, LZ, LE, TM, TE) | |
| MIEJSCOWOŚĆ: | |
| ROK UKOŃCZENIA: | |
| NR ŚWIADECTWA DOJRZAŁOŚCI: | |
| DATA WYSTAWIENIA ŚWIADECTWA DOJRZAŁOŚCI: | |

| F. UKOŃCZONE WYŻSZE STUDIA ZAWODOWE | |
|-------------------------------------|--|
| NAZWA UCZELNI: | |
| MIEJSCOWOŚĆ: | |
| ŚREDNIA: | |
| OCENA Z DYPLOMU: | |
| ROK UKOŃCZENIA: | |
| NUMER DYPLOMU: | |
| DATA WYSTAWIENIA: | |
| KIERUNEK: | |

| G. WYBÓR LEKTORATU JĘZYKA OBCEGO: | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Język angielski | <input type="checkbox"/> * | Język niemiecki | <input type="checkbox"/> * |

| H. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (potwierdzony orzeczeniem lekarskim): | | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Niestyszący i niedosłyszący | <input type="checkbox"/> * | Niewidomi I niedowidzący | <input type="checkbox"/> * | Z dysfunkcją narządów ruchu | | Inne rodzaje niesprawności: |
| | | | | Chodzący | <input type="checkbox"/> * | |

| I. PROSIMY O UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA: | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Czy przed podjęciem nauki w WSZiA starał(a) się Pan(i) o przyjęcie na studia do innej uczelni? | | | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> * |
| W przypadku studiowania w WSZiA, proszę podać nr albumu | | | | |

Do podania dołączam:

- Świadectwo dojrzałości (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
- Odpis dyplomu ukończenia studiów I-go stopnia na kierunku fizjoterapia (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
- Suplement do dyplomu (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
- 2 fotografie kolorowe zgodne z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych,
- Zaświadczenie lekarskie wystawione w roku bieżącym przez lekarza medycyny pracy,
- Ksero dowodu osobistego lub paszportu,
- Ksero pokwitowania wpisowego i opłaty rek. wniesionego na konto:
Bank Zachodni WBK II o/Zamość 95 1500 1807 1218 0000 9586 0000.

*) zaznaczyć znakiem „x”

Oświadczenie kandydata

Zgodnie z art. 6.1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, informuje, że administratorem Państwa danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji z siedzibą w Zamościu, ul. Akademicka 4. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celach związanych z rekrutacją i dydaktyką na Uczelni w oparciu o ustawę o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm. oraz realizacją umowy o świadczenie usług edukacyjnych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom. Podane dane osobowe przekazuję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania i prawie do cofnięcia zgody.

- Zapoznałem/am się z powyższą informacją
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym przez Wyższą Szkoła Zarządzania i Administracji z siedzibą w Zamościu, ul. Akademicka 4, w celach związanych z rekrutacją i dydaktyką na Uczelni. Zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, ich uzupełnienia i poprawiania.
- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek, zarejestrowanych podczas zajęć, konkursów, zawodów i uroczystości organizowanych przez Wyższą Szkołę Zarządzania i Administracji w Zamościu, ul. Akademicka 4 w celu informacji i promocji szkoły.

.....
data i podpis kandydata na studia

PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE W PRZYPADKU REZYGNACJI ZE STUDIÓW PO PODJĘCIU PRZEZ KOMISJĘ REKRUTACYJNĄ DECYZJI O PRZYJĘCIU KANDYDATA NA STUDIA WPLACONE WPISOWE NIE ZOSTANIE MI ZWRÓCONE.

Miejscowość:....., dnia

.....
podpis kandydata

PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO (Wypełnia Komisja Rekrutacyjna)

| | |
|---|--|
| Dyplom ukończenia studiów I-go stopnia (ocena) | |
| Różnice programowe | |

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej Kandydat został przyjęty / nie został przyjęty na I rok studiów II stopnia (magisterskich) w WSZiA w Zamościu, w roku akademickim 2018/2019 (semestr letni).

Zamość, dnia

.....
podpis

Przewodniczącą Komisji Rekrutacyjnej

POTWIERDZENIE ZWROTNEGO ODBIORU DOKUMENTÓW:

Miejscowość:....., dnia

.....
podpis kandydata/studenta

*) zaznaczyć znakiem „x”