



WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA i ADMINISTRACJI  
ul. Akademicka 4, 22-400 Zamość  
tel. 84 677 67 09, fax 84 677 67 10  
e-mail: poczta@wszia.edu.pl, http://www.wszia.edu.pl

## FORMULARZ REKRUTACYJNY NA STUDIA I-GO STOPNIA

(licencjackie, jednolite magisterskie, pomostowe)

Proszę o przyjęcie mnie na studia w roku akademickim 2019/2020 (semestr zimowy)

(Proszę o wybranie **JEDNEJ** możliwości)

|                                  |                       |                           |   |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---|
| <b>KIERUNKI<br/>KSZTAŁCENIA:</b> | <b>Pielęgniarstwo</b> | studia pierwszego stopnia | * |
|                                  |                       | studia pomostowe          | * |

kolorowa  
fotografia o  
wymiarach  
35 × 45 mm

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| <b>STUDIA:</b> | stacjonarne <input type="checkbox"/> * | niestacjonarne <input type="checkbox"/> * |
|----------------|--|---|

Warunkiem uruchomienia poszczególnych kierunków kształcenia jest zebranie min. 60 osobowej grupy.

**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:

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

**D. MIEJSCE ZAMIESZKANIA:**

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

| <b>E. UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA:</b>            |  | <b>F. UKOŃCZONA SZKOŁA MEDYCZNA</b> |  |
|--|--|-------------------------------------|--|
| PELNA NAZWA SZKOŁY:                            |  | PELNA NAZWA SZKOŁY                  |  |
| TYP SZKOŁY<br>(NP.: LO, LT, LZ, TE, LE, TM):   |  | RODZAJ SZKOŁY<br>(NP.: LM, SM, MSZ) |  |
| MIEJSCOWOŚĆ:                                   |  | MIEJSCOWOŚĆ:                        |  |
| ROK UKOŃCZENIA:                                |  | ROK UKOŃCZENIA:                     |  |
| NUMER ŚWIADECTWA<br>DOJRZAŁOŚCI:               |  | OCENA Z DYPLOMU:                    |  |
| DATA WYSTAWIENIA<br>ŚWIADECTWA<br>DOJRZAŁOŚCI: |  | NUMER DYPLOMU:                      |  |
|  |  | DATA WYSTAWIENIA                    |  |

**G. WYBÓR LEKTORATU JĘZYKA OBCEGO:**

|  |  |
|--|--|
| Język angielski <input type="checkbox"/> *   | Język niemiecki <input type="checkbox"/> * |
| PODSTAWOWY – brak znajomości wybranego języka obcego <input type="checkbox"/> *                        |  |
| ŚREDNIOZAAWANSOWANY – ukończony program nauki języka obcego szkoły średniej <input type="checkbox"/> * |  |

**H. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (potwierdzony orzeczeniem lekarskim):**

|  |   |                                     |  |                             |
|--|---|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| Niesłyszący i niedosłyszący <input type="checkbox"/> * | Niewidomi i niedowidzący <input type="checkbox"/> * | Z dysfunkcją narządów ruchu         |  | Inne rodzaje niesprawności: |
|  |   | Chodzący <input type="checkbox"/> * | Niechodzący <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);  
 Świadectwo ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);  
 Dyplom pielęgniarki/pielęgniara (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) - (tylko kierunek pielęgniarstwo);  
 2 aktualne kolorowe fotografie, zgodne z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych;  
 Zaświadczenie lekarskie wystawione w roku bieżącym przez lekarza medycyny pracy (kierunek fizjoterapia i pielęgniarstwo);  
 Ksero dowodu osobistego lub paszportu;  
 Ksero pokwitowania wpisowego i opłaty rekrutacyjnej wniesionego na konto:  
 Bank Zachodni WBK S.A 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 Szkołę 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

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

Miejscowość:....., dnia ..... 20... r.

.....  
podpis kandydata

**PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO -  
STUDIA I – GO STOPNIA**

.....  
(Imię i nazwisko kandydata)

| Punktacja wg „nowej” matury     |         |        |
|---------------------------------|---------|--------|
| Przedmiot                       | Procent | Punkty |
| 1. Język polski<br>poziom ..... |         |        |
| 2. Język obcy .....             |         |        |
| 3. Matematyka<br>poziom .....   |         |        |
| 3. Przedmiot wybrany .....      |         |        |
| poziom .....                    |         |        |
| suma:                           |         |        |

| Punktacja wg „starej” matury |       |        |
|------------------------------|-------|--------|
| Przedmiot                    | Ocena | Punkty |
| 1. Matematyka                |       |        |
| 2. Język polski              |       |        |
| 3. Historia                  |       |        |
| 4. Język obcy .....          |       |        |
| 5a. Geografia                |       |        |
| 5b. Fizyka                   |       |        |
| 5c. Biologia lub chemia      |       |        |
| 5d. Wiedza o społeczeństwie  |       |        |
| 6. Matura z .....            |       |        |
| 7. Matura z .....            |       |        |
| suma:                        |       |        |

|   |  |
|---|--|
| Ukończona szkoła medyczna                     |  |
| Ocena z dyplomu<br>pielęgniarki/pielęgniarsza |  |
| Moduł (ilość semestrów)                       |  |

**Decyzja Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej:**

**Kandydat został przyjęty / nie został przyjęty na I rok studiów w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu, w roku akademickim 2019/2020.**

Zamość, dnia ..... 20.... r.

.....  
Podpis Przewodniczącego  
Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej

\*) zaznaczyć znakiem „x”