

Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie  
ul. Kasprzaka 49  
01-234 Warszawa

## KARTA EWIDENCYJNA kandydata na studia

WYDZIAŁ: Rehabilitacja  
KIERUNEK:  
SPECJALNOŚĆ:  
POZIOM STUDIÓW: podyplomowe  
FORMA STUDIÓW:  
SEMESTR AKADEMICKI: 2017/2018

### 1. DANE PERSONALNE

|               |  |
|---------------|--|
|               |  |
| pierwsze imię | drugie imię                            |
|               |  |
| nazwisko      | poprzednie nazwisko (jeżeli zmienione) |

### 2. PESEL, DATA I MIEJSCE URODZENIA:

|       |     |         |       |                   |
|-------|-----|---------|-------|-------------------|
|       |     |         |       |                   |
| PESEL | ROK | MIESIĄC | DZIEŃ | MIEJSCE URODZENIA |

### 3. PŁEĆ, STAN CYWILNY, NARODOWOŚĆ, OBYWATELSTWO:

|      |              |            |              |
|------|--------------|------------|--------------|
|      |              |            |              |
| PŁEĆ | STAN CYWILNY | NARODOWOŚĆ | OBYWATELSTWO |

### 4. DOWÓD OSOBISTY I PASZPORT:

|              |       |                               |          |
|--------------|-------|-------------------------------|----------|
|              |       |                               |          |
| seria dowodu | numer | organ wydający dowód osobisty | paszport |

### 5. IMIONA RODZICÓW:

|      |       |
|------|-------|
|      |       |
| ojca | matki |

### 6. ADRES ZAMIESZKANIA: miasto: [ ] wieś: [ ]

|            |     |        |
|------------|-----|--------|
|            |     |        |
| ulica      |     |        |
|            |     |        |
| miejsowość | kod | poczta |

## 7. ADRES KORESPONDENCYJNY:

|            |     |        |
|------------|-----|--------|
| ulica      |     |        |
| miejsowość | kod | poczta |

## 8.DANE KONTAKTOWE:

|        |         |                   |
|--------|---------|-------------------|
| e-mail | telefon | telefon komórkowy |
|--------|---------|-------------------|

## 9. UKOŃCZONA SZKOŁA WYŻSZA:

|                         |                         |               |
|-------------------------|-------------------------|---------------|
| NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ    |                         |               |
| UKOŃCZONY KIERUNEK      |                         |               |
| UKOŃCZONA SPECJALNOŚĆ   |                         |               |
| data otrzymania dyplomu | data ukończenia studiów | numer dyplomu |

Oświadczam, że dane zawarte w karcie podałem zgodnie ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr133, poz.883.

data:

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis kandydata