



STUDIA II STOPNIA

NR KANDYDATA _____ / NR PODANIA _____
 DATA WPLYWU _____
 NR ALBUMU _____ ABSOLWENT WSKM

PODANIE
Z ANKIETĄ OSOBOWĄ

Do
 WYDZIAŁOWEJ KOMISJI REKRUTACYJNEJ
 WYŻSZEJ SZKOŁY KADR MENEDŻERSKICH
 UL. ZAGÓROWSKA 3A
 62-500 KONIN

ZDJĘCIE
 4.5X3.5 CM

PODANIE

UPRZEJMIEM PROSZĘ O PRZYJĘCIE MNIE NA I SEMESTR STUDIÓW DRUGIEGO O STOPNIA W ROKU AKDEMICKIM

TRYB STUDIÓW: STACJONARNY NIESTACJONARNY
 KIERUNEK: EKONOMIA ADMINISTRACJA BEZPIECZEŃSTWO WEWNĘTRZNE

_____ MIEJSCOWOŚĆ _____ DD-MM-RRRR DATA _____ CZYTELNY PODPIS KANDYDATA

ANKIETA OSOBOWA

DANE PERSONALNE

 NAZWISKO

 IMIĘ (IMIONA)

 DATA URODZENIA DD-MM-RRRR

 MIEJSCE URODZENIA

 PLEĆ KOBIEȚA MEŹCZYŹNA

 PESEL

 OBYWATELSTWO

 W PRZYPADKU BRAKU nr PESEL
 SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO

 PAŃSTWO URODZENIA (dot. cudzoziemców)

 KARTA POLAKA (dot. cudzoziemców) TAK NIE

DANE KONTAKTOWE

 TELEFON

 E-MAIL

ADRES ZAMIESZKANIA

 MIEJSCOWOŚĆ

 ULICA

 NR DOMU

 NR MIESZKANIA

 KOD -

 POCZTA

 WOJEWÓDZTWO

 MIASTO WIEŚ

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż zamieszkania)

 MIEJSCOWOŚĆ

 ULICA

 NR DOMU

 NR MIESZKANIA

 KOD -

 POCZTA

 WOJEWÓDZTWO

UKOŃCZONA SZKOŁA WYŻSZA

NAZWA SZKOŁY			
MIEJSCOWOŚĆ			
FORMA KSZTAŁCENIA	<input type="checkbox"/> STUDIA I STOPNIA (LICENCJAT)	<input type="checkbox"/> STUDIA I STOPNIA (INŻYNIER)	<input type="checkbox"/> JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE <input type="checkbox"/> STUDIA DRUGIEGO STOPNIA
KIERUNEK		UZYSKANY TYTUŁ	
SPECJALNOŚĆ			ROK UKOŃCZENIA
NR DYPLomu		DATA WYDANIA DYPLomu	DD-MM-RRRR

INFORMACJA DODATKOWA (dot. osób z orzeczeniem o niepełnosprawności – na potrzeby sprawozdawczości POL-ON)

ORZECZONY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI
TYP NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU (PORUSZAM SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM LUB O KULACH: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE) <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU <input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU <input type="checkbox"/> INNE		

OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM ZAINTERESOWANY KONTYNUACJĄ NAUKI JĘZYKA: ANGIELSKIEGO NIEMIECKIEGO ROSYJSKIEGO

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

MIEJSCOWOŚĆ	DD-MM-RRRR	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA
-------------	------------	---------------------------

KLAUZULA INFORMACYJNA

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Kadr Menadżerskich, ul. Zagórska 3A, 62-500 Konin, tel.: 63 2491515, e-mail: rektorat@wskmkonin.edu.pl., reprezentowana przez Rektora, zwanego dalej: „Administratorem”.
- Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych Wyższej Szkoły Kadr Menadżerskich, adres e-mail: iod18@interia.pl, tel.: 503 906 669, adres do korespondencji: Wyższa Szkoła Kadr Menadżerskich, ul. Zagórska 3a, 62 – 500 Konin, tel.: 63 2491515.
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji naboru, zgodnie z: Ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami ww. ustawy i rozporządzenia.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie i wykorzystanie danych dla procesu rekrutacji jest równoznaczne z rezygnacją z naboru na studia.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie danych w zakresie wymaganym ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym jest obligatoryjne. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do których zostały zebrane. Nie podanie tych danych może skutkować niemożliwością realizacji tych celów.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
- Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu ani przekazywaniu do państw trzecich.

ZAŁĄCZNIKI
DO PODANIA ZAŁĄCZAM:

LP.	SPIS DOKUMENTÓW (dokumenty, których kandydat nie dołącza do podania należy wykreślić, skreślenie należy podpisać)	POKWITOWANIE W PRZYPADKU ODBIORU DOKUMENTÓW PRZEZ KANDYDATA
1.	DYPLOM UKOŃCZENIA STUDIÓW WRAZ Z SUPLEMENTEM: kserokopia poświadczona przez WSKM (oryginał do wglądu) NR <input type="text"/> Z DNIA <input type="text"/> DD-MM-RRRR	
2.	KOLOROWE ZDJĘCIE NA PŁYCIE O WYMOGACH JAK DO DOWODU OSOBISTEGO (wymiały 20 mm x 25 mm w rozdzielczości co najmniej 300 dpi)	
3.	FOTOGRAFIE „LEGITYMACYJNE” 3,5 x 4,5 CM BEZ NAKRYCIA GŁOWY NA JASNYM TLE - 2 szt.	
4.	SYSTEM PLAGIATOWY / KONTROLA PRAC DYPLOMOWYCH - OŚWIADCZENIE A1	
5.	(dot. osób z orzeczeniem o niepełnosprawności – na potrzeby sprawozdawczości POL-ON) ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: kserokopia poświadczona przez WSKM (oryginał do wglądu)	

MIEJSCOWOŚĆ	DD-MM-RRRR	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA
-------------	------------	---------------------------