



STUDIA
PODYPLOMOWE

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

P O D A N I E
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 PODYPLOMOWYCH W ROKU AKDEMICKIM

ZAKRES STUDIÓW:

PROWADZONYCH NA WYDZIALE:

NAZWA WYDZIAŁU

MIEJSCOWOŚĆ

DD-MM-RRRR

DATA

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA

ANKIETA OSOBOWA

DANE PERSONALNE

NAZWISKO

IMIĘ (IMIONA)

DATA URODZENIA

DD-MM-RRRR

MIEJSCE URODZENIA

PLEĆ

KOBIETA MĘŻCZYZNA

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

 STUDIA I STOPNIA
(LICENCJAT)

 STUDIA I STOPNIA
(INŻYNIER)

 JEDNOLITE STUDIA
MAGISTERSKIE

 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

 TAK

 NIE

 STOPIEŃ
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

 ZNACZNY

 UMIARKOWANY

 LEKKI

 TYP
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

 NARZĄD RUCHU (PORUSZAM SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM LUB O KULACH: TAK NIE)

 NARZĄD WZROKU NARZĄD SŁUCHU INNE

OŚWIADCZENIA
OŚWIADCZAM, ŻE PODANE DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

MIEJSCOWOŚĆ

DD-MM-RRRR

DATA

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.

ZALĄCZNIKI
DO PODANIA ZALĄCZAM:

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 _____ Z DNIA DD-MM-RRRR _____	
2.	FOTOGRAFIE „LEGITYMACYJNE” 3,5 x 4,5 CM BEZ NAKRYCIA GŁOWY NA JASNYM TLE - 2 szt.	
3.	(dot. osób z orzeczeniem o niepełnosprawności – na potrzeby sprawozdawczości POL-ON) ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: kserokopia poświadczona przez WSKM (oryginał do wglądu)	
INNE DOKUMENTY WSKAZANE W WARUNKACH I TRYBIE REKRUTACJI		
4.		
5.		
6.		
7.		

MIEJSCOWOŚĆ

DD-MM-RRRR

DATA

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA