



MEDYCZNE STUDIUM ZAWODOWE W CZĘSTOCHOWIE

Proszę o przyjęcie na kierunek													
Nazwisko													
Imiona													
Nazwisko Rodowe													
Imiona rodziców		Imię ojca						Imię matki					
Data, miejsce, woj. urodzenia										miejsce			
		d	d	m	m	r	r	r	r	woj.			
Adres stałego zameldowania	kod									miejsce			
	ulica, nr												
	typ	wieś				miasto do 5 tyś.				miasto pow. 5 tyś.			
Adres zamieszkania	kod									miejsce			
	ulica, nr												
	typ	wieś				miasto do 5 tyś.				miasto pow. 5 tyś.			
Numery telefonów		stacjonarny				komórkowy				telefon dodatkowy*			
Seria i nr dow. osobistego													
Stan cywilny													
PESEL													
Książeczka sanepidowska													
Szczepienia przeciwko WZW TYP B													
Miejsce pracy (w zawodzie o charakterze medycznym) -jeśli pracuje.	nazwa												
	adres												
	stanowisko												
Język obcy na poziomie zaawansowanym													
Stosunek do służby wojskowej (niepotrzebne skreślić)	uregulowany								nieuregulowany				
	nr książeczki wojskowej												
	adres WKU												
Wyrażam zgodę na udostępnienie danych pracodawcom oferującym zatrudnienie (niepotrzebne skreślić)								Tak		Nie			
Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu informacje są zgodne ze stanem faktycznym.													
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystanie przez Medyczne Studium Zawodowe w Częstochowie moich danych osobowych, wymienionych powyżej, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz.883) i przysługuje mi prawo wglądu i zmiany do zgromadzonych danych.													
Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz										data			

* telefon osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku