



## MEDYCZNE STUDIUM ZAWODOWE W CZĘSTOCHOWIE

Proszę o przyjęcie na kierunek																
<b>Nazwisko</b>																
<b>Imiona</b>																
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 tys.				miasto pow. 5 tys.						
Adres zamieszkania	kod							miejsce								
	ulica, nr															
	typ	wieś				miasto do 5 tys.				miasto pow. 5 tys.						
Numery telefonów		stacjonarny				komórkowy				telefon dodatkowy*						
Seria i nr dow. osobistego																
Stan cywilny																
<b>PESEL</b>																
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.																
<b>Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz</b>										data						

\*telefon osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku