



Wyższa Szkoła
Pedagogiki i Administracji
im. Mieszka I w Poznaniu

PODANIE O PRZYJĘCIE NA STUDIA

Proszę wypełniać formularz podania wielkimi literami

Proszę o przyjęcie mnie na pierwszy rok w Wyższej Szkole Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu w roku akademickim 2020/2021 na studia:

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> podyplomowe* | |
| Kierunek | Medycyna Estetyczna -Studia dwuletnie. |
| Specjalność | |
| Tryb | <input type="checkbox"/> niestacjonarny |
| Stopień znajomości j. ang. | <input type="checkbox"/> zerowy <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średniozaawansowany |

| Dane personalne: | |
|----------------------------|--|
| Nazwisko | |
| Imiona | |
| Nazwisko panięskie | |
| Pesel | |
| Data urodzenia | |
| Miejsce urodzenia | |
| Imię ojca | |
| Imię matki | |
| Stan cywilny | |
| Seria i nr dow. osobistego | |
| Obywatelstwo | |

| Adres stałego zameldowania: | | Adres do korespondencji: | |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|
| Kod: | | | |
| Miejscowość: | | | |
| Ulica/nr dom.: | | | |
| Poczta: | | | |
| Tel. domowy | | Tel. stacjonarny | |
| Tel. komórkowy | | Tel. komórkowy | |
| Fax | | Fax | |
| e-mail | | e-mail | |

| Wykształcenie: | |
|---|--|
| Szkoła wyższa (nazwa Szkoły, kierunku, tytuł uzyskany) | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Od: | | Do: | |
| | | | |

| | |
|---|--|
| Podstawowe źródło utrzymania: | |
| <input type="checkbox"/> zatrudnienie na etat <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> emerytura, renta, alimenty, zasiłek <input type="checkbox"/> gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> rodzice/rodzina <input type="checkbox"/> inne | |

Do podania załączam:

| Lp. | Spis dokumentów | |
|-----|--|--|
| 1. | Kopia dyplomu ukończenia studiów medycznych (Wydział Lekarski, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | Prawo wykonywania zawodu. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. | Kopia dowodu osobistego | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. | 3 fotografie + płyta CD | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. | Zaświadczenie lekarskie | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. | Dowód wniesionej opłaty/opłata na miejscu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

.....
Data i podpis kandydata

Zobowiązanie

W przypadku przyjęcia mnie na **studia podyplomowe** w Wyższej Szkole Pedagogiki i Administracji Kierunek Medycyna Estetyczna, studia dwuletnie. im. Mieszka I w Poznaniu, zobowiązuję się do uiszczenia opłaty z tytułu kosztów kształcenia:

jednorazowo, płatne do 15 września bieżącego roku.

w dwóch ratach za każdy semestr osobno, płatne odpowiednio do 15 września bieżącego roku i 15 lutego roku następnego.

.....
Podpis kandydata

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz na potrzeby Uczelni (zgodnie z Ustawą z dnia 29. 08. 1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133, poz. 883)

Zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości następujące warunki:

- Usługi edukacyjne świadczone przez Uczelnię są płatne.
- Kandydat podpisuje z Właścicielem WSPiA im. Mieszka I w Poznaniu umowę o naukę, która reguluje stosunki prawne studenta z Uczelnią.
- W przypadku rezygnacji opłata wpisowa oraz wniesione opłaty czesnego nie ulegają zwrotowi.

.....

Podpis kandydata

* Prawidłową odpowiedź zaznaczyć X

| OPINIA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ |
|---|
| <p>.....</p> <p>PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO KOMISJI</p> |