



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE

### Adnotacje uczelni:

Wpłynęło dnia:.....

Dokumenty nr.:.....

Podpis osoby przyjmującej.....

**UNIwersytet MEDYCZNY W ŁODZI**  
**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**  
**BIURO ODDZIAŁU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**  
**UL. MUSZYŃSKIEGO 1, 90-151 ŁÓDŹ**

**Proszę o przyjęcie na studia podyplomowe na specjalność .....**  
**..... w roku akademickim.....**

*Administratorem danych osobowych podanych przez Panią/Pana w formularzu zgłoszeniowym jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Al. Kościuszki 4, 90 - 419 Łódź), zwany dalej „Uczelnią”. Dane osobowe będą przetwarzane przez Uczelnię w celu i zakresie niezbędnym dla realizacji procesu rekrutacyjnego na studia podyplomowe oraz prawidłowego dokumentowania przebiegu studiów. Dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie Uczelni danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak ich podania uniemożliwi uczestniczenie w procesie rekrutacyjnym na studia podyplomowe. Wyrażone zgody na przetwarzanie danych osobowych mogą być odwołane w każdym czasie.*

### UWAGA: FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

#### KANDYDAT\*

Nazwisko																				
Imiona						Data urodzenia														
Nazwisko panieńskie						Imiona rodziców														
Miejsce urodzenia						Województwo														
Obywatelstwo						PESEL														

#### ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA\*

Ulica			Nr domu			Nr mieszkania			
Kod		Miejscowość				Województwo			
Tel.		e-mail							

**ADRES DO KORESPONDENCJI\***

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod	Miejscowość	Województwo	
Tel.	e-mail		

**WYKSZTAŁCENIE\***

Nazwa uczelni	Kierunek studiów
Rok ukończenia	Tytuł zawodowy

**PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA\*\***

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko
Od	Do		

**POZIOM ZNAJOMOŚCI JĘZYKÓW OBCYCH\***

j. angielski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. niemiecki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. francuski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	komunikatywny	średnio	biegły	zaawansowany

[x]=tak

Posiadane certyfikaty: .....

.....

**KONFERENCJE\***.....  
**SYMPOZJA\***.....  
**SZKOLENIA\***

..... PRZYNALEŻNOŚĆ DO:* TOWARZYSTW NAUKOWYCH ..... DOROBEK NAUKOWY ..... (liczba publikacji)
---

**FORMY SAMOKSZTAŁCENIA**

**PRACA ZAWODOWA\***

Nazwa i adres obecnego zakładu pracy		
Stanowisko	Staż pracy	Tel.

\*Podanie danych osobowych jest obowiązkowe

\*\*Dane, służące do podjęcia decyzji przez komisję kwalifikacyjną o przyjęciu kandydata na studia, w sytuacji, gdy liczba kandydatów na studia podyplomowe przewyższa liczbę wolnych miejsc.

Oświadczam, że zobowiązuję się do terminowego opłacania czesnego w kwocie .....zł.  
za semestr oraz deklaruje, iż opłaty za studia będą pokrywał/a osobiście, sfinansuje zakład pracy

.....  
Podpis kandydata

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym w zakresie i celu niezbędnym dla realizacji procesu rekrutacyjnego na studia podyplomowe oraz prawidłowego dokumentowania przebiegu studiów, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Uniwersytetu Medycznego w Łodzi informacji dotyczących studiów podyplomowych prowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi za pośrednictwem poczty elektronicznej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 ze zm.).

Łódź, dnia .....

.....  
Podpis kandydata

**WYNIK POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO**

.....  
.....  
.....

.....

Łódź, dnia

Podpisy członków komisji kwalifikacyjnej

.....  
.....  
.....  
.....  
.....