**Dziekan Wydziału Rehabilitacji**

## AWF Józefa Piłsudskiego w Warszawie

**…………………………………………………**

**Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na…………………………………………...…**

**…………………………………………………………………………………...………………**

|  |
| --- |
| **Nazwisko** ………………………………….………………………………. **Nazwisko rodowe** …………………..………………………….  **Imiona** ……..………………………………………………………………... **Imiona rodziców** ……………….………………………….........  **Data urodzenia** ……………………..**PESEL………...................……………… Miejsce urodzenia**………………………………….......…  **Województwo** ……………………………………………………………. **Obywatelstwo** ………………..…………………………………….. |
| **Adres stałego zameldowania**: ul………………………………………………………………………………………………………..…….  kod……………………... miejscowość ……………….……………………………………………..... województwo …..…………….........…  **Adres do korespondencji :** ul:…………………………………………………………………………………………….………………  kod…………………..…. miejscowość ………………………........................................................ województwo …………………...........  **e-mail** ……………………………………….....................................................................................  **nr telefonu komórkowego**...........…………………………………….. stacjonarnego....................................................... |
| **Wykształcenie**: Nazwa Szkoły/Uczelni…………..………………………………………….……………………………………………  Wydział ………………………………………………………………………...……………………..……………………………………..  Kierunek studiów……………………………………………………………………………………………………………………………  ….Data ukończenia ……………………………. nr dyplomu…………………………Tytuł zawodowy……………..…………............ |
| **Informacja o zatrudnieniu**: Nazwa placówki………………….………………………………………………………………………....  Adres: ul……………………………………………..…………………………….miejscowość……..…………………………………......  stanowisko staż pracy tel. służbowy………………………….. |

W przypadku przyjęcia mnie na studia/kurs……………………………………………......………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..………………………..

zobowiązuję się do:

1. wniesienia wymaganych opłat oraz oświadczam, że w przypadku rezygnacji nie będę ubiegał/a się o zwrot poniesionych kosztów;

2. ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas trwania kursu/studiów podyplomowych

Oświadczam, ze zgodnie z art. 23 ust.1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883) o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

*Prawidłowość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem*

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

*Miejscowość i data podpis*

**Uczelnia wystawia fakturę TYLKO na prośbę słuchacza,**

(*Wniosek o wystawienie Faktury do pobrania ze strony AWF Warszawa – Studia Podyplomowe)*