**Dziekan Wydziału Wychowania Fizycznego**

## AWF Józefa Piłsudskiego w Warszawie

**………………………………………………………**

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

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

|  |
| --- |
| **Nazwisko** ………………………………….…………………………..………. **Nazwisko rodowe** ………..……..………………………….  **Imiona**……..………………………………………………………………. **Imiona rodziców**...…………….……………………………......... **Data urodzenia** …………………….**PESEL**.....................……………… **Miejsce u rodzenia**…………...……………………….......… **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)*