

**Dziekan Wydziału Rehabilitacji  
AWF w Warszawie  
Dr hab. n. med. prof. AWF Janusz Domaniecki**

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

.....

<b>Nazwisko</b> .....	<b>Nazwisko rodowe</b> .....	
<b>Imiona</b> .....	<b>Imiona rodziców</b> .....	
<b>Data urodzenia</b> .....	<b>PESEL</b> .....	
<b>Miejsce urodzenia</b> .....		
<b>Województwo</b> .....	<b>Obywatelstwo</b> .....	
<b>Adres stałego zameldowania:</b> ul..... kod..... miejscowość ..... województwo .....		
<b>Adres do korespondencji :</b> ul..... kod..... miejscowość ..... województwo .....		
e-mail .....		
nr telefonu komórkowego..... stacjonarnego.....		
<b>Wykształcenie:</b> Nazwa Szkoły/Uczelni..... Wydział .....		
Kierunek studiów.....		
Data ukończenia ..... nr dyplomu..... Tytuł zawodowy.....		
<b>Informacja o zatrudnieniu:</b> 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, że 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, w ciągu 7 dni od daty zapłaty**  
*(Wniosek o wystawienie faktury do pobrania ze strony AWF Warszawa – Studia Podyplomowe)*