

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE

Adnotacje uczelni:

Wpłynęło dnia:.....

Dokumenty nr.:.....

Podpis osoby przyjmującej.....

UNIwersYTET MEDYCZNY W ŁODZI
WYDZIAŁ LEKARSKI
ODDZIAŁ KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
AL. KOŚCIUSZKI 4, 90-419 ŁÓDŹ

Proszę o przyjęcie na studia podyplomowe pt. *Elementy metodologii badań empirycznych w medycynie i zastosowania statystyki w badaniach biomedycznych*

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*

Krótkie, treściwe CV *, zawierające:

- przebieg dotychczasowego zatrudnienia
- spis publikacji, ich liczba, spis wystąpień konferencyjnych, itp.
- odbyte szkolenia, kursy, posiadane certyfikaty umiejętności, dyplomy, świadectwa, itp. odnoszące się do kierunku studiów
- znajomość języków obcych, stopień zaawansowania

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 ...2600.....zł. za semestr oraz deklaruję, iż opłaty za studia będę pokrywał/a osobiście, sfinansuje zakład pracy (*niepotrzebne skreślić*) do dnia poprzedzającego rozpoczęcie danego semestru studiów

.....
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

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