

UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

.....
data wpływu
(wypełnia Uczelnia)

.....
NUMER ALBUMU

**FORMULARZ APLIKACYJNY SŁUCHACZA
STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

Podanie

Proszę o przyjęcie na Studia Podyplomowe edycja

Ankieta osobowa

Imiona.....

Nazwisko.....

Nazwisko panięskie.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Kraj..... Województwo.....

Imię

ojca/matki.....

PESEL..... Obywatelstwo.....

Płeć: K.....M.....

Adres stałego zameldowania: kod..... poczta.....

Miejscowość..... ulica..... nr.....

Województwo..... tel.dom tel.kom.....

Adres e-mail.....

Adres korespondencyjny: kod..... poczta.....

Miejscowość..... ulica..... nr.....

Ukończona wyższa uczelnia

Nazwa uczelni.....
 Miejscowość.....
 Kierunek.....
 Specjalność.....
 Data ukończenia.....

Do podania załączam:

Rodzaj dokumentu	Potwierdzenie złożenia	Pokwitowanie odbioru
Odpis lub poświadczona przez uczelnię kserokopia dyplomu ukończenia studiów		
Oświadczenie dot. zapoznania się z Regulaminem Studiów Podyplomowych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz akceptacji warunków płatności za studia		
Poświadczona przez uczelnię kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość kandydata		

Prawidłowość danych zawartych w ankiecie potwierdzam własnoręcznym podpisem, akceptuję warunki przyjęcia na studia podyplomowe oraz zobowiązuję się wypełniać ankiety związane z oceną jakości zajęć dydaktycznych prowadzonych w ramach studiów podyplomowych.

miejscowość i data

podpis kandydata