



# Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego

Wydział Zamiejscowy w Chełmie

22-100 Chełm, ul. Szpitalna 50  
www.chelm.janski.edu.pl

[dziekanat@chelm.janski.edu.pl](mailto:dziekanat@chelm.janski.edu.pl)  
tel. + 48 82 563 24 96

## 1. Dane ogólne:

- a) nazwisko .....
- b) imiona .....
- c) imiona rodziców .....
- d) nazwisko rodowe .....
- e) narodowość ..... f) obywatelstwo .....
- f) dot. Obcokrajowców\*:  posiadam Kartę Polaka  posiadam Kartę Pobytu
- h) posiadam status osoby niepełnosprawnej\*:  tak  nie

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Seria i numer dowodu osobistego ..... 4. Nr PESEL .....

5. Wykształcenie ..... Nazwa szkoły .....

..... Świadectwo nr .....

Wydane przez ..... Data wydania .....

6. Dokładny adres zameldowania wraz z kodem pocztowym .....

7. Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym .....

adres e-mail .....

nr telefonu ..... nr telefonu komórkowego .....

Data .....

(podpis składającego kwestionariusz)

Kwituję odbiór świadectwa maturalnego (*wypełnia kandydat przy odbiorze dokumentów*)

Data .....

(podpis studenta)

\* właściwe zaznaczyć



# Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego

Wydział Zamiejscowy w Chełmie

22-100 Chełm, ul. Szpitalna 50  
www.chelm.janski.edu.pl

[dziekanat@chelm.janski.edu.pl](mailto:dziekanat@chelm.janski.edu.pl)  
tel. + 48 82 563 24 96

.....  
(imię i nazwisko)

## WNIOSEK

Proszę o przyjęcie mnie w poczet studentów Szkoły Wyższej im. Bogdana Jańskiego na kierunek:

1. Na studia pierwszego stopnia:

- a) stacjonarne (dzienne)                      b) niestacjonarne (zaoczne)

Świadectwo dojrzałości uzyskałem (-am) w roku .....

(nazwa szkoły) .....

2. Na studia drugiego stopnia:

- a) stacjonarne (dzienne)                      b) niestacjonarne (zaoczne)

Dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia uzyskałem (-am) w roku .....

(nazwa uczelni).....

na kierunku .....

Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki art. 169 ust. 1 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.).

Oświadczam, że :

Uczyłem(-am) się następujących języka(-ów) obcych:..... (podać jakie)

Na studiach chciał(-a)bym kontynuować naukę języka.....(podać jakiego)

W przypadku nie uruchomienia zajęć z tego języka, wyrażam zgodę na uzgodnienie z Dziekanem Wydziału, nauki innego języka prowadzonego przez Szkołę.

Akceptuję naukę języka obcego na poziomie ustalonym przez Studium Języków Obcych w drodze testu sprawdzającego.

Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegam jako\*

- |  |   |
|--|---|
| a) członek rodziny   | e) osoba prowadząca działalność gospodarczą |
| b) pracownik   | f) rolnik (KRUS)                            |
| c) bezrobotny (zarejestrowany w UP)                          | g) inne .....                               |
| d) osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej | h) nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu   |

Data .....

.....  
(podpis studenta)

\* właściwe zaznaczyć