



# Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego

Studia podyplomowe – 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 .....
- g) 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 ..... Dyplom nr ..... Data wydania .....

Nazwa szkoły .....

Wydany przez .....

---

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

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

8. Miejsce pracy .....

Adres pracy .....

Stanowisko ..... adres e-mail .....

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

---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szkołę Wyższą im. Bogdana Jańskiego moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu osobowym (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. nr 133, pozycja 883).

Data .....

.....  
(podpis składającego kwestionariusz)



# Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego

Studia podyplomowe – 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)

.....  
(adres)

## WNIOSEK

Proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe w Szkole Wyższej im. Bogdana Jańskiego na kierunek:

.....  
(nazwa kierunku)

Dyplom ukończenia studiów wyższych 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.).

Głównym celem podjęcia przeze mnie studiów podyplomowych jest .....

Do wniosku załączam:

Lp.	Spis dokumentów	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata
1.	Dyplom ..... (nazwa uczelni) w ..... (miejsowość) nr ..... z dnia .....	
2.	2 fotografie	
3.	Kserokopia dowodu osobistego	

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