



Wypełnia pracownik Biura Rekrutacji	
DATA WPLYWU:	
NR REKRUTACYJNY:	

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

STUDIA LICENCJACKIE

Prosimy zaznaczyć X przy wybranym kierunku i trybie studiów. Pozostałą część kwestionariusza prosimy wypełnić **DRUKOWANYMI** literami.

KOSMETOLOGIA	
DIETETYKA <small>tryb niestacjonarny</small>	

TRYB STACJONARNY	
TRYB NIESTACJONARNY	

PESEL																		
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWISKO																		
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIONA																		
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA		-		-		PŁEĆ	K	M													
-----------------------	--	---	--	---	--	-------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCE URODZENIA																		
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBYWATELSTWO																		
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBSZAR ZAMIESZKANIA <small>przed rozpoczęciem studiów</small>	MIASTO		WIEŚ											
---	---------------	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMIESZKANIA																		
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KOD POCZTOWY, POCZTA		-																		
-----------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCOWOŚĆ																		
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ULICA, NR DOMU, MIESZKANIA																		
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES DO KORESPONDENCJI																		
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KOD POCZTOWY, POCZTA		-																		
-----------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCOWOŚĆ																		
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ULICA, NR DOMU, MIESZKANIA																		
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR TELEFONU 1.		NR TEL. 2.						
-----------------------	--	-------------------	--	--	--	--	--	--

E-MAIL																		
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE OSOBY KONTAKTOWEJ (W PRZYPADKU ZDARZENIA LOSOWEGO)																		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWISKO, IMIĘ																		
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR TELEFONU																		
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODSTAWOWE ŹRÓDŁO UTRZYMANIA KANDYDATA																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>	Gospodarstwo rolne	<input type="checkbox"/>	Wolny zawód (np. artysta)
<input type="checkbox"/>	Praca najemna (np. umowa o pracę)	<input type="checkbox"/>	Emerytura / renta	<input type="checkbox"/>	Inne

PEŁNA NAZWA UKOŃCZONEJ SZKOŁY ŚREDNIEJ																											
ROK UKOŃCZENIA										MIEJSCOWOŚĆ																	
SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI																											
DATA WYDANIA (dd.mm.rrrr)										DATA WAŻNOŚCI (dd.mm.rrrr)																	
WYDANY PRZEZ:																											

FORMULARZ JĘZYKOWY

➔ **UWAGA!** Prosimy zanaczyć "X" przy **jednym** wybranym języku. ➔

JĘZYK ANGIELSKI	PODSTAWOWY		ŚREDNIOZAAWANSOWANY	
	X			
JĘZYK NIEMIECKI	PODSTAWOWY			

DLA CUDZOZIEMCÓW

NAZWA PAŃSTWA URODZENIA																											
CZY POSIADASZ KARTĘ POLAKA?	TAK	NIE																									

Proszę o przyjęcie mnie na studia na Wydziale Kosmetologii i Nauk Edukacyjnych w Wyższej Szkole Zdrowia, Urody i Edukacji w Poznaniu.

.....

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)

Wypełnia pracownik Biura Rekrutacji

Lp.	Nazwa dokumentu	Data złożenia	Podpis pracownika	Data wydania	Podpis kandydata
1	Kwestionariusz osobowy			X	X
2	Formularz			X	X
3	Oświadczenie kandydata			X	X
4	Klauzula informacyjna			X	X
5	Zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia nauki				
6	Zdjęcie				
7	Kserokopia świadectwa dojrzałości				
8	Książeczka sanitarno-epidemiologiczna podpisana przez lek. med. pracy				
9	Zaświadczenie o szczepieniu WZW typu B				