# INSTYTUT STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE

Proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe:

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(proszę podać nazwę studiów)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KANDYDAT** | | | |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | |
| nazwisko | | pierwsze imię | drugie imię |
| imię ojca | imię matki | data urodzenia | miejsce urodzenia |
| PESEL | | nr dowodu osobistego | |
| Telefon | | e-mail:    **.…………………………………..@......................................** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE ADRESOWE** | | | | | | | | | | | | |
| **adres do korespondencji** | | kod pocztowy | | | miasto | | | | | województwo | | |
| ulica | | | nr domu | | | | | nr mieszkania | | |
| **UKOŃCZONA SZKOŁA WYŻSZA** | | | | | | | | | | | | |
| nazwa szkoły | | | miejscowość | | | województwo | | kierunek | | | | lata od – do |
| nr dyplomu ukończenia studiów i data wydania | | | zawód wyuczony | | | | | zawód wykonywany | | | | |
| **INFORMACJA O UKOŃCZENIU STUDIÓW PODYPLOMOWYCH W WSSMiA/WSNP/WSKPiSM** | | | | | | | | | | | | |
| kierunek: | | | | | | | | | rok ukończenia: | | | |
|  | **DEKLARACJA SPOSOBU PŁATNOŚCI** | | | | | | | | | | | | |
| Niniejszym deklaruję, iż czesne za studia będę uiszczać w następującej formie\*: | | | | jednorazowo | | | semestralnie | | | | w maksymalnie  8 (ośmiu) ratach | | |
| **DO PODANIA DOŁĄCZAM:** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oryginał lub odpis dyplomu studiów wyższych pierwszego lub drugiego stopnia |  |

|  |
| --- |
| **Informacja OŚWIADCZENIE** |

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Nauk Pedagogicznych, której siedziba mieści się przy alejach Jerozolimskich 81, 02-001 Warszawa.

2. W WSNP powołano Inspektora Ochrony Danych, który stoi na straży przestrzegania zasad ochrony danych osobowych przetwarzanych w Uczelni. Kontakt do Inspektora OD Tel: 22 100 90 21 e-mail: [iod@wsnp.edu.pl](mailto:iod@wsnp.edu.pl) adres: 02-001 Warszawa, al. Jerozolimskie 81. W razie wątpliwości lub pytań związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych – prosimy o kontakt z Inspektorem drogą komunikacji elektronicznej, telefoniczny lub osobisty (po wcześniejszym ustaleniu terminu spotkania).

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane jedynie wówczas, gdy WSNP posiada podstawę prawną ich przetwarzania. Tą podstawą, zgodnie z art. 6 RODO jest niezbędność przetwarzania dla zawarcia i wykonania z Panią/Panem umowy o kształcenie, w tym m. in. organizacji Pana/Pani toku studiów i archiwizacji danych.

4. W związku z tym, iż przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, co do zasady przysługują Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Wyższą Szkołę Nauk Pedagogicznych do wszystkich celów związanych ze składanym przeze mnie formularzem zgłoszeniowym na studia, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 (Dz.U. 2018.1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania i innych prawach przysługujących mi na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.

|  |  |
| --- | --- |
| Warszawa, dnia .............................................r. | ……………………………………………………………… |
|  | *(podpis kandydata)* |

|  |
| --- |
| **ADNOTACJE UCZELNI** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data zgłoszenia: |
| Nr albumu: |

*……………………………………………………………………..*

*/pieczęć uczelni/*

Na podstawie postępowania rekrutacyjnego Kierownik studiów podyplomowych proponuje:

przyjąć / nie przyjąć\* na studia podyplomowe.

Warszawa, dnia .........................................r.

…………………………………………………………………………

/podpis/

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* proszę zaznaczyć wybraną formę płatności*