

Miejsce pracy (dla pracujących):

Nazwa firmy

Adres firmy

Tel. służbowy E-mail służbowy

Stanowisko

Niepełnosprawność: dotyczy nie dotyczy

Orzeczona niepełnosprawność (jeśli dotyczy):

niesłyszący lub słabosłyszący dysfunkcja ruchu - chodzący dysfunkcja ruchu - niechodzący

niewidomy lub słabowidzący inny rodzaj niepełnosprawności

Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):

lekki umiarkowany znaczny

Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stosunku pracy | <input type="checkbox"/> posiadania statusu osoby bezrobotnej |
| <input type="checkbox"/> pobierania zasiłku stałego z pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> ubezpieczenia jako rolnik |
| <input type="checkbox"/> posiadania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej | <input type="checkbox"/> renty, emerytury |
| <input type="checkbox"/> wykonywania pracy na podstawie umowy – zlecenia | <input type="checkbox"/> przebywania na urlopie wychowawczym |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?): | |

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym.
2. Zgadzam się na umieszczanie informacji o wynikach z egzaminów i zaliczeń na tablicach informacyjnych na terenie WSZ-SW przez okres trwania studiów.
3. Wszelkie zmiany danych zawartych w kwestionariuszu niezwłocznie zgłoszę w Dziekanacie.

.....
(data i podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą elektroniczną zgodnie z Art. 10 ustawy z dnia 18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 1030 ze zm.)

.....
(data i podpis kandydata)