



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

# PODANIE

---

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na studia licencjackie, niestacjonarne na kierunku

.....

## DANE OSOBOWE

Pierwsze imię: .....

Drugie imię: .....

Nazwisko: .....

Nr PESEL: .....

Płeć: .....

Data urodzenia: .....

Niepełnosprawny: .....

## DANE UZUPEŁNIAJĄCE

E-mail: .....

Miejsce urodzenia: .....

Województwo urodzenia: .....

Obywatelstwo: .....

Stan cywilny: .....

Nazwisko panińskie: .....

Imię ojca: .....

Imię matki: .....

Nr NIP: .....

## DANE ADRESOWE:

### Adres zamieszkania

Ulica: .....



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

Nr domu: .....

Nr lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś

Poczta: .....

Powiat: .....

Województwo: .....

Kraj: .....

Telefon domowy: .....

Telefon komórkowy: .....

**Adres do korespondencji**

Taki sam jak powyżej: TAK / NIE

Ulica: .....

Nr domu: .....

Nr lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś

Poczta: .....

Powiat: .....

Województwo: .....

Kraj: .....

Telefon domowy: .....

Telefon komórkowy: .....



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

#### DANE DO FAKTURY

Faktura: TAK / NIE

Imię: .....

Nazwisko: .....

Nazwa firmy: .....

Nr NIP: .....

Ulica: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

#### PIERWSZY DOKUMENT TOŻSAMOŚCI

Rodzaj: dowód osobisty / paszport / prawo jazdy / karta pobytu

Seria: .....

Numer: .....

Wydany przez: .....

Data wydania: .....

#### EDUKACJA

Ukończona szkoła średnia

Rodzaj: .....

Nazwa szkoły: .....

Ulica: .....

Numer domu: .....

Numer lokalu: .....

Kod pocztowy: .....



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

Miejscowość: .....

Kraj: .....

Data ukończenia: .....

Świadectwo dojrzałości

Rodzaj: .....

Numer: .....

Data: .....

Organ wydający: .....

Ukończone studia wyższe.....

Dane uczelni: .....

Kierunek: .....

Specjalność: .....

Rok rozpoczęcia: .....

Rok ukończenia: .....

**Prawidłowość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

Mińsk Mazowiecki, dnia ..... .....

podpis



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

Do podania dołączam:

- Podanie
- Kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu)
- 4 fotografie legitymacyjne
- WZW (oryginał do wglądu)
- Książeczka zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych (oryginał do wglądu)
- Aktualne orzeczenie lekarskie Lekarza Medycyny Pracy
- Dowód wniesienia opłaty rekrutacyjnej
- Dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia wraz z suplementem
- Świadectwo dojrzałości-oryginał lub odpis
- Świadectwo ukończenia szkoły średniej (oryginał do wglądu)
- Prawo wykonywania zawodu (pielęgniarstwo pomostowe)
- Zaświadczenie o zatrudnieniu (pielęgniarstwo pomostowe)

---

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w kwestionariuszu osobowym, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) oraz wyrażam zgodę na późniejsze przetwarzanie przez Collegium Nauk o Zdrowiu w Mińsku Mazowieckim moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 122, poz. 883).

.....

(data i podpis)



Collegium Nauk o Zdrowiu  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Budowlana 4  
05-300 Mińsk Mazowiecki

---

## INSTRUKCJE I WSKAZÓWKI

Warunkiem przyjęcia na pierwszy rok studiów jest złożenie następujących dokumentów:

- \* świadectwo dojrzałości, oryginał lub odpis
- \* orzeczenie lekarskie
- \* cztery aktualne fotografie kandydata, zgodne z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych o wymiarach 45x35
- \* kserokopia dowodu osobistego
- \* wypełnione podanie

Dokumenty należy złożyć w dziekanacie.

Przy składaniu dokumentów należy uiścić wpisowe.