*Załącznik Nr 4 do Regulaminu Studiów Podyplomowych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| *miejsce na fotografię**3,5 x 4,5 cm* |

 |  |  |
| **Kwestionariusz osobowy** |
| 1. Imię (imiona): ........................... : ............................. Nazwisko: .................................................................... |
| a) nazwisko rodowe: ............................................................................................................................................ |
| b) imiona rodziców: ............................................................................................................................................. |
|  | *(matka)* | *(ojciec)* |
| 2. Data urodzenia: ..........-….......-…....……. …................................... ....................................……..………… |
|  | *(dzień-miesiąc-rok)* | *(miejsce urodzenia)* | *(województwo)* |
| 3. Obywatelstwo: ……………..…… | 4. Nr ewid. (PESEL) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| 5. Adres zameldowania: ........................................................................ | .......................................................... |
|  | *(ulica)* | *(nr domu, mieszkania)* |
| .................................................. | .................................................. | .............................................................................................................................. |
| *(kod pocztowy)* | *(miejscowość, gmina)* | *(telefon, e-mail)* |
| Adres do korespondencji: ................................................................. | ............................................................... |
|  | *(ulica)* | *(nr domu, mieszkania)* |
| ................................................... | ................................................... | .............................................................................................................................. |
| *(kod pocztowy)* | *(miejscowość, gmina)* | *(telefon, e-mail)* |
| 6. Wykształcenie: ................................................................................................................................................. |
|  | *(nazwa uczelni)* |
| ................................................... | ................................................... | ............................................................... |
| *(wydział)* | *(kierunek)* | *(specjalność)* |
| Tytuł zawodowy: ................................................................................................................................................. |
|  | *(licencjat, inżynier, magister)* | *(rok ukończenia studiów)* |
| 7. Wykształcenie uzupełniające\*: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| *(kursy, szkolenia, studia podyplomowe - podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)* |
| *\* wypełnia się w zależności od wymogów zawartych w zasadach rekrutacji* |
| 8. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia\* |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Okres*  | *Nazwa i adres zakładu pracy* | *Stanowisko*  |
| *od* | *do* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| 9. Poziom znajomości języków obcych\*: |
| j. angielski | [\_] | [\_] | [\_] |  |
| j. niemiecki | [\_] | [\_] | [\_] |  |
| j. francuski | [\_] | [\_] | [\_] |  |
| j. ............... | [\_] | [\_] | [\_] |  |
|  |  |  |  |  |
|  | *komunikatywny* | *średnio zaawansowany* | *biegły* | [ x ] = tak |
| Posiadane certyfikaty: .......................................................................................................................................... |
|  | *\* wypełnia się w zależności od wymogów zawartych w zasadach rekrutacji* |
| 10. Dane zakładu pracy\* |
|  | Dokładna nazwa przedsiębiorstwa: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  | Adres: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
|  | Numer identyfikacji podatkowej (NIP):  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  | Upoważniam Gdański Uniwersytet Medyczny do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy. |
|  | Dnia, ................................................................  | Podpis\*\* ....................................................................... |
| *\* wypełniają osoby delegowane na studia przez pracodawców lub ubiegające się o imienna fakturę**\*\* w przypadku: imiennej faktury – podpis uczestnika; jeśli finansuje zakład pracy – pieczęć i podpis osoby* |
| 11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 4 i 6 są zgodne z dowodem osobistym: |
|  | seria i numer: ........................................... wydanym przez: ........................................................................................................................................... w .............................................................................................albo innym dowodem tożsamości ..................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **Oświadczenie**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i organizacji zajęć studiów podyplomowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883). |
| ..........................................................................*(miejscowość i data)* | ............................................................................*(podpis składającego kwestionariusz)* |