



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

*Łużycka Wyższa Szkoła Humanistyczna
im. Jana Benedykta Solfy
z siedzibą w Żarach*

Data wpływu	.....
Nr	.....

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie na studia **PIERWSZEGO STOPNIA** (licencjackie)
prowadzone w formie **stacjonarnej**

Kierunek: **Pedagogika**

Specjalność: **Wychowanie przedszkolne i nauczanie początkowe**

realizowane w ramach projektu:

„Wszechstronny nauczyciel gwarancją rozwoju przyszłych pokoleń”

Nr albumu (nadaje uczelnia)	
--------------------------------	--

I. ANKIETA OSOBOWA KANDYDATA NA STUDIA

1. Płeć	kobieta	mężczyzna
---------	---------	-----------

2. Nazwisko	
-------------	--

3. Pierwsze imię	
Drugie imię	

4. Data urodzenia	.....	.....	.....	.....
	rok	miesiąc	dzień	miejsce

5. Narodowość	Obywatelstwo
---------------	-------	--------------	-------

6. Stan cywilny	wolny	zamężna / onaty
-----------------	-------	-----------------

7. Nazwisko rodowe	
--------------------	--

8. Imiona rodziców	ojciec	
	matka	

9.	Adres stałego zameldowania	miasto	wie
	ulica	nr domu	nr mieszkania
	kod pocztowy -	miejscowo	
	województwo		

10.	Adres do korespondencji	(wypełni, je li jest inny ni adres zameldowania)	
	ulica	nr domu	nr mieszkania
	kod pocztowy -	miejscowo	
	województwo		

11.	Tel. St.	
	Tel. Kom.	
	E-mail	

12.	Dowód osobisty	seria	nr
		wydany dnia	przez

13.	PESEL	NIP
-----	--------------	------------

14.	Podstawowe źródło utrzymania rodziny kandydata	rodzice	własne	inne

15.	Praca zawodowa	.....	.....
		<i>nazwa zakładu pracy</i>	<i>zajmowane stanowisko</i>

16.	Stosunek do słu by wojskowej	nie dotyczy (gł. kobiety)	uregulowany (przeniesiony do rezerwy)	ośnierz zawodowy
	Przynale no do Wojskowej Komendy Uzupełnie	adres WKU		
		ksi eczka wojskowa: seria, numer		
		wydana przez dnia		
		kategoria zdrowia	stopie wojskowy	



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Wszechstronny nauczyciel gwarancj rozwoju przyszłych pokole ”

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZY YKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU					
Dane podstawowe uczestnika projektu					
Nazwisko					
Imi (imiona)					
Data urodzenia					
Miejsce urodzenia	..... (miejscowo)				
	..... (województwo)				
PESEL					
NIP					
Dane kontaktowe uczestnika projektu					
Kod pocztowy			-		Poczta
Miejscowo					
Ulica			Nr domu / lokalu		
Województwo			Powiat		
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	Adres e-mail		
Tel. stacjonarny			Tel. komórkowy		
Dane o uko czeniu szkoły redniej					
Nazwa uko czonej szkoły					
Data uko czenia szkoły			Data zdania egzaminu maturalnego		

Wyra am zgod na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu oraz POKL

Prawdziwo powy szych danych potwierdzam własnor cznym podpisem:

.....
(miejscowo , data i czytelny podpis)