*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)* | | | | | |