



Formularz należy wypełnić DRUKOWANYMI literami

| PODANIE | |
|--|--|
| PROSZĘ O PRZYJĘCIE NA STUDIA: | |
| stacjonarne <input type="checkbox"/> | niestacjonarne: wieczorowe <input type="checkbox"/> zaoczne <input type="checkbox"/> |
| jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> | I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> |
| KIERUNEK STUDIÓW | |
| DANE KANDYDATA | |
| Seria i numer paszportu: | Ważny do: |
| Nazwisko: | |
| Imię (imiona): | PESEL: |
| Data urodzenia: dzień: miesiąc: rok: | Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> |
| Miejsce urodzenia (miejscowość/kraj): | |
| Imię ojca: | Imię matki: |
| Nazwisko panięskie (dot. mężatek): | |
| Obywatelstwo: | Polskie pochodzenie: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
| ADRES ZAMELDOWANIA W KRAJU POCZODZENIA: | ADRES KORESPONDENCYJNY: |
| Kraj: | Kraj: |
| Miejscowość: | Miejscowość: |
| Kod pocztowy: | Kod pocztowy: |
| Ulica: | Ulica: |
| Nr domu: Nr mieszkania: | Nr domu: Nr mieszkania: |
| Adres e-mail: | Nr telefonu: |
| OSOBA DO KONTAKTU W NAGŁYCH WYPADKACH (PROSIMY O WPISANIE KREWNYCH – RODZICÓW, RODZENSTWA) | |
| Imię i nazwisko: | |
| Adres e-mail: | Nr telefonu: |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Łódzki dla celów postępowania kwalifikacyjnego i dokumentowania przebiegu studiów zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.). Jeżeli Pan/Pani reprezentuje kandydata jako agent rekrutacyjny prosimy o kontakt z Biurem Współpracy z Zagranicą Uniwersytetu Łódzkiego e-mail: bwz@uni.lodz.pl | |
| Podpis kandydata: | Data |