



Nr albumu

WNIOSEK Kandydata w Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej

Rok akademicki 2023/2024

A. FORMA, TRYB I SPECJALNOŚĆ KSZTAŁCENIA.

Studia Wyższe (zaznaczyć X)		Stacjonarny <input type="checkbox"/>	Niestacjonarny <input type="checkbox"/>
Kierunek	Zdrowie Publiczne	Stopień studiów	I stopnia (licencjackie) <input type="checkbox"/>
			II stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/>
Deklarowany obowiązkowy język obcy		Język angielski	

B. ANKIETA OSOBOWA

Nazwisko		Pierwsze imię		Drugie imię	
Nazwisko panięskie		Imię ojca		Imię matki	
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)				Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		PESEL			
Seria i nr dowodu osobistego		Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy		Województwo	
Miejsce zamieszkania (zaznaczyć x)	Miasto	Telefon 1		Telefon 2	
	Wieś				
Adres e-mail		Płeć (zaznaczyć X)	Kobieta		
			Mężczyzna		

C. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż podany powyżej)

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	

D. WYKSZTAŁCENIE

Rok ukończenia szkoły średniej		Rok wydania świadectwa dojrzałości	
Nazwa szkoły		Miejscowość	

E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Nazwa zakładu pracy					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Zajmowane stanowisko				Telefon	

F. SŁUŻBA WOJSKOWA (nie dotyczy kobiet)

Stosunek do służby wojskowej (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/>	Uregulowany	<input type="checkbox"/>	Nieuregulowany
Seria i numer książeczki wojskowej				
Przydział do WKU				

G. INFORMACJA O PODSTAWOWYM ŹRÓDLE UTRZYMANIA (właściwie zaznaczyć X)

pole nieobowiązkowe:

<input type="checkbox"/>	umowa o pracę	<input type="checkbox"/>	działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>	gospodarstwo wiejskie	<input type="checkbox"/>	renta rodzinna
<input type="checkbox"/>	emerytura	<input type="checkbox"/>	renta rodzinna z tytułu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	inne

H. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (właściwie zaznaczyć, jeśli dotyczy x):

Stopień	<input type="checkbox"/>	lekki	<input type="checkbox"/>	umiarkowany	<input type="checkbox"/>	znaczny
Rodzaj	<input type="checkbox"/>	niesłyszący i słabo słyszący	<input type="checkbox"/>	niewidomy i słabo widzący	<input type="checkbox"/>	z dysf. narządu ruchu chodzący
	<input type="checkbox"/>	z dysf. narządu ruchu niechodzący	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>	

I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do poinformowania Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej o każdej ich zmianie.

Data	Podpis kandydata

J. DANE MARKETINGOWE

Informacje o Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej uzyskałam/em (właściwie zaznaczyć X):

<input type="checkbox"/>	z prasy	<input type="checkbox"/>	z plakatu
<input type="checkbox"/>	z Internetu	<input type="checkbox"/>	z ulotki
<input type="checkbox"/>	od znajomych	<input type="checkbox"/>	z folderu
<input type="checkbox"/>	na spotkaniu w szkole	<input type="checkbox"/>	inne

K. ZAŁĄCZNIKI (wypełnia Rektorat)

L.p.	Nazwa załącznika	Uwagi
1.	Świadectwo dojrzałości	
2.	Świadectwo ukończenia szkoły średniej	
3.	Dyplom ukończenia I stopnia* w przypadku rekrutacji na studia magisterskie II stopnia	
4.	Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do studiowania w szkole wyższej	
5.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
6.	Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego	
7.	Dowód uiszczenia opłaty wpisowej	
8.	Zdjęcia legitymacyjne – 4 sztuki	
9.	Dowód osobisty - do wglądu	

Data przyjęcia dokumentów	Podpis pracownika
Zobowiązuję się do uzupełnienia braków w złożonej dokumentacji do dnia	Podpis kandydata

Nr albumu

Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego
(przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem zamieszczonym na drugiej stronie)

A. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRES

Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię	
Nazwisko panięskie	Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)	Miejsce urodzenia	PESEL	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
Województwo	Telefon 1	Telefon 2	

B. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli inny niż podany powyżej)

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

C. OŚWIADCZENIE KANDYDATA (proszę zaznaczyć tylko jedno z oświadczeń)

C.1.	<input type="checkbox"/>	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako ubezpieczony w ubezpieczeniowym systemie finansowania opieki zdrowotnej i obowiązek ten jest wykonywany.
C.2.	<input type="checkbox"/>	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wyłącznie z tytułu pozostawania studentem.
C.3.	<input type="checkbox"/>	Pozostaję jako członek rodziny ubezpieczonego na jego (jej) wyłącznym utrzymaniu, a oświadczenie tej osoby zawarto w punkcie D.

D. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO (wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia punktu C.3.)

Imię i nazwisko ubezpieczonego	PESEL
Adres ubezpieczonego	
Oświadczam, że osoba wymieniona w punkcie A jako członek mojej rodziny jest na moim wyłącznym utrzymaniu.	
Data	Czytelny podpis ubezpieczonego

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuje się do poinformowania Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej o każdej ich zmianie.

Data	Podpis kandydata
Data przyjęcia oświadczenia	Podpis pracownika

VERTE

Pouczenie

1. Oświadczenie w punkcie C.1. dotyczy osób, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny, bez względu na wiek, o ile pozostaje ona ubezpieczona z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Oświadczenie w punkcie C.2. dotyczy osób, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny, bez względu na wiek, o ile **nie** pozostaje ona ubezpieczona z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Oświadczenie w punkcie C.3. dotyczy osób, które nie ukończyły 26 roku życia i pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny.
4. Oświadczenie w punkcie D. wypełniają osoby na utrzymaniu których pozostaje osoba składająca oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Za członka rodziny uważa się: małżonka, dzieci własne i przysposobione, wnuki, dzieci drugiego małżonka, dzieci przyjęte na wychowanie nawet w ramach rodziny zastępczej.
6. Podlegający obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu to: pracownicy; rolnicy; prowadzący działalność gospodarczą i członkowie ich rodzin; wykonujący pracę jako agenci lub zleceniobiorcy; członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i SKR; duchowni; twórcy i ich rodziny; żołnierze; policjanci; funkcjonariusze: UOP, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Straży Pożarnej; posłowie i senatorowie; emeryci lub renciści; bezrobotni; osoby pobierający: zasiłki przedemerytalne z urzędu pracy, zasiłek stały wyrównawczy, gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej; osoby korzystające z urlopu wychowawczego, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej.
7. Pola zaznaczone na szaro wypełniają pracownicy Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej.