



Nr albumu

## WNIOSEK Kandydata w Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej

Rok akademicki 2023/2024

### A. FORMA, TRYB I SPECJALNOŚĆ KSZTAŁCENIA.

<b>Studia jednolite mgr; tryb (zaznaczyć X)</b>		<b>On-line</b> <input type="checkbox"/>	<b>Stacjonarny</b> <input type="checkbox"/>	<b>Niestacjonarny</b> <input type="checkbox"/>
<b>Kierunek</b>	PRAWO			
	PSYCHOLOGIA			
<b>Deklarowany obowiązkowy język obcy</b>		<b>Język angielski</b>		

### B. ANKIETA OSOBOWA

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

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

<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>		<b>Poczta</b>	

### D. WYKSZTAŁCENIE

<b>Rok ukończenia szkoły średniej</b>		<b>Rok wydania świadectwa dojrzałości</b>	
<b>Nazwa szkoły</b>		<b>Miejscowość</b>	

### E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

<b>Nazwa zakładu pracy</b>					
<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>		<b>Poczta</b>	
<b>Zajmowane stanowisko</b>				<b>Telefon</b>	

### 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):

<b>Stopień</b>	<input type="checkbox"/>	lekki	<input type="checkbox"/>	umiarkowany	<input type="checkbox"/>	znaczny
<b>Rodzaj</b>	<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.

<b>Data</b>	<b>Podpis kandydata</b>

### 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.	Orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do studiowania w szkole wyższej	
4.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
5.	Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego	
6.	Dowód uiszczenia opłaty wpisowej	
7.	Zdjęcia legitymacyjne – 4 sztuki	
8.	Dowód osobisty - do wglądu	

<b>Data przyjęcia dokumentów</b>	<b>Podpis pracownika</b>
<b>Zobowiązuję się do uzupełnienia braków w złożonej dokumentacji do dnia .....</b>	<b>Podpis kandydata</b>

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.