***Załącznik nr 4***

*do Regulaminu Studiów Podyplomowych*

*Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

*wprowadzonego Uchwałą Senatu nr 175/2015*

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| zdjęcie 1 szt.  format 35x45 |  | ---------------------------------------  nr albumu  ---------------------------------------  data wpływu  *wypełnia uczelnia* |

**FORMULARZ APLIKACYJNY SŁUCHACZA**

**STUDIÓW PODYPLOMOWYCH „ZIOŁA W PROFILAKTYCE I TERAPII”**

**Podanie**

Proszę o przyjęcie na Studia Podyplomowe **„Zioła w Profilaktyce i Terapii”** - edycja **III**

**Ankieta osobowa**

Imiona……………………………………………………………………………………..…….

Nazwisko……………………………………………………………………..……………...…..

Nazwisko panieńskie……………………………………………………………………...……..

Data urodzenia……………………………………Miejsce urodzenia……………….…………

Kraj………………………………………………….Województwo…………………….……..

Imię ojca/matki……………………………………………………………………………………..…

Nazwisko panieńskie matki……………………………………………………………….…….

PESEL………………………………………………….Obywatelstwo…………………...……

Płeć…….K……..M…….Stan cywilny…………………………………………………………

Adres stałego zameldowania: kod…………………..…poczta……………………………..…

Miejscowość………………………………………………ulica……………………nr……..…

Województwo…………………………………….. tel. dom ………………… tel. kom………

Adres e-mail…………………………………………………………………………………..…

Adres korespondencyjny: kod…………………..…poczta………………………………..….

Miejscowość………………………………………………ulica……………………nr…..……

**Ukończona wyższa uczelnia**

Nazwa uczelni………………………………………………………….…………….…………

Miejscowość………………………………………………………………………….…………

Kierunek…………………………………………………………………………………………

Specjalność………………………………………………………………………………………

Data ukończenia…………………………………………………………………………………

**Do podania załączam:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj dokumentu** | **Potwierdzenie złożenia** | **Pokwitowanie odbioru** |
| Odpis lub poświadczona przez uczelnię kserokopia dyplomu ukończenia studiów |  |  |
| Oświadczenie dot. zapoznania się z Regulaminem Studiów Podyplomowych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz akceptacji warunków płatności za studia |  |  |
| Poświadczona przez uczelnię kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość kandydata |  |  |
| 1 aktualna fotografia kandydata (35 mm x 45mm) |  |  |

**Prawidłowość danych zawartych w ankiecie potwierdzam własnoręcznym podpisem, akceptuje warunki przyjęcia na studia podyplomowe oraz zobowiązuję się wypełniać ankiety związane z oceną jakości zajęć dydaktycznych prowadzonych w ramach studiów podyplomowych.**

------------------------------------------------- ---------------------------------------------------

*miejscowość i data podpis kandydata*