zał. 1

KARTA INFORMACYJNA DOKTORANTA

NAZWISKO .....................................................................................................................................................

IMIONA ......................................................................................................................................................

NAZWISKO PANIEŃSKIE .........................................................................................................................

DATA I MIEJSCE URODZENIA .......................................................................................................

OBYWATELSTWO/A .....................................................................................................................................

PESEL ............................................................... NIP ..................................................................

NR DOWODU OSOBISTEGO ...................................................................................................................

IMIONA RODZICÓW ...............................................................................................................................

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA: kod ........................... miejscowość ..........................................

gmina ............................................................ ulica ................................................................... nr ...................

ADRES DO KORESPONDENCJI: kod ........................... miejscowość .........................................

gmina ........................................................... ulica ..................................................................... nr ..................

TELEFON ................................ ..................................... E-MAIL ................................................................

NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY: nazwa .........................................................................................

...............................................................................................................................................................................

adres ..................................................................................................................................................................

UKOŃCZONA SZKOŁA WYŻSZA: nazwa ...........................................................................................

...............................................................................................................................................................................

kierunek ..............................................................................................................................................................

PROMOTOR ......................................................................................................................................................

PROMOTOR POMOCNICZY .........................................................................................................................

TRYB DOKTORATU indywidualny

studia doktoranckie stacjonarne

studia doktoranckie niestacjonarne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kształcenia oraz dokumentowania toku studiów doktoranckich (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133, poz. 833 z póź. zm.).

DATA ................................................ PODPIS ............................................................................