

# KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY WIELKOPOLSKIEJ SZKOŁY MEDYCZNEJ



Nazwisko .....

Imię .....

PESEL .....

Data i miejsce ur. ....

Woj .....

Obywatelstwo .....

Imiona rodziców .....

Nazwisko rodowe .....

Zameldowanie: ul. ....

Miejsc. i kod pocztowy .....

Gmina .....

woj .....

Dowód osobisty seria i nr .....

Adres korespondencyjny ul .....

Miejsc. i kod poczt. ....

Gmina .....

Wojew .....

Telefon domowy .....

Telefon komórkowy .....

WKU .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu do ewidencji dla potrzeb procesu związanego z naborem do szkoły zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883)

Poznań, dnia.....

.....  
Czytelny podpis