



Apsley Business School London

FORMULARZ REKRUTACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE

PROGRAM STUDIÓW	MPH - MONITOROWANIE I PROWADZENIE BADAN KLINICZNYCH	*
	DIGITAL BUSINESS STRATEGY	*
	DESIGN THINKING	*
	PERSONAL BRANDING I PUBLIC RELATIONS	*
	ZASADY I TECHNIKI SPRZEDAŻY PRODUKTÓW FINANSOWYCH	*
	CONTROLLING I AUDYT	*
	PSYCHOTRAUMATOLOGIA	*
	QUALITY MANAGER	*
	EDUKATOR ZDROWOTNY	*
	LEADERSHIP MASTER CLASS	*
	ART&SCIENCE - NOWE MEDIA W BIZNESIE	*
	PODATKI, FINANSE, KADRY I PŁACE	*
	ZARZĄDZANIE FINANSAMI I RACHUNKOWOŚĆ	*

Ważne dla kandydata: dane z części A formularza należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami wpisując każdą literę w osobną kratkę.

Uprzedza się o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kk za podanie nieprawdziwych danych.

A. DANE PERSONALNE :

NAZWISKO :

PIERWSZE IMIĘ : DRUGIE IMIĘ :

PŁEĆ : Kobieta * Mężczyzna *

DATA URODZENIA (DZIEŃ - MIESIĄC - ROK):

MIEJSCE URODZENIA :

KRAJ POCHODZENIA :

OBYWATELSTWO :

IMIĘ OJCA : IMIĘ MATKI :

PESEL :

RODZAJ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI :

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI :

KRAJ WYDANIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI :

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI WYDANY PRZEZ :

DATA WYDANIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (DZIEŃ-MIESIĄC-ROK) :

DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (DZIEŃ-MIESIĄC-ROK) :

B. ADRES ZAMELDOWANIA

MIASTO:	<input type="text"/>	*	WIEŚ:	<input type="text"/>	*
ULICA - Nr domu /mieszkania	<input type="text"/>				
KOD POCZTOWY:	<input type="text"/>				
MIEJSCOWOŚĆ:	<input type="text"/>				
POCZTA:	<input type="text"/>				
WOJEWÓDZTWO:	<input type="text"/>				
TELEFON:	<input type="text"/>				
E-MAIL:	<input type="text"/>				

C. ADRES DO KORESPONDENCJI

(wypełnić tylko w przypadku, gdy jest różny od adresu zamieszkania)

ULICA - Nr domu /mieszkania	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY:	<input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ:	<input type="text"/>
POCZTA:	<input type="text"/>
WOJEWÓDZTWO:	<input type="text"/>
TELEFON KOM:	<input type="text"/>

D. UKOŃCZONA SZKOŁA WYŻSZA

NAZWA SZKOŁY:	<input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ :	<input type="text"/>
WYDZIAŁ :	<input type="text"/>

KIERUNEK:	
SPECJALNOŚĆ :	
NR DYPLOMU:	
DATA I MIEJSCE WYDANIA:	
OCENA NA DYPLOMIE:	

E. PRAKTYKA ZAWODOWA

NAZWA FIRMY:	
MIEJSCOWOŚĆ:	
STANOWISKO:	
STAŻ PRACY W LATACH	

Do podania dołączam:	
1. Odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych (potwierdzony przez Collegium Humanum lub notarialna kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych)	
2. Curriculum Vitae	
3. Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość kandydata zawierającego imiona, nazwisko, datę urodzenia oraz miejsce urodzenia	
4. Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe lub kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej	
5. Potwierdzenie wniesienia opłaty wpisowej na konto Uczelni	
COLLEGIUM HUMANUM - SZKOŁA GŁÓWNA MENEDŻERSKA	
00-014 WARSZAWA, UL. MONIUSZKI 1A	

F. INFORMACJE DODATKOWE:

<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, a także wizerunku, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach przez Collegium Humanum-Szkołę Główną Menedżerską z siedzibą w Warszawie, jako Administratora Danych Osobowych, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i kształcenia oraz przekazywanie moich danych osobowych innym podmiotom w celach realizacji procesu rekrutacji i kształcenia, a także wypełnienia obowiązków informacyjnych, archiwizacyjnych i statystycznych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie na podane przez siebie dane kontaktowe informacji handlowych przekazywanych przez Collegium Humanum-Warsaw Management University z siedzibą w Warszawie drogą mailową, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2018, poz. 650), a także kontakt telefoniczny, zgodnie z ustawą prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2017, poz. 1907).
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach dla potrzeb kontaktu ze mną, w przypadku rezygnacji z procesu kształcenia lub niepodjęcia studiów zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach związanych z procesem kształcenia dla potrzeb kontaktu ze mną po ukończeniu studiów podyplomowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
Kandydat na studenta, a także student uprawniony jest w siedzibie Uczelni do wglądu do zgłoszonych danych osobowych, żądania ich poprawienia lub uzupełnienia, a także do usunięcia (w przypadku gdy są gromadzone i przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub celem ich podania).

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis kandydata

POTWIERDZENIE DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENCIE TOŻSAMOŚCI PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENTY:

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis osoby przyjmującej dokumenty