******UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA**

 Zdjęcie

**W WARSZAWIE (USM)**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**KANDYDATA NA STUDIA**

**NR ALBUMU**

(wypełnia Uczelnia)

**NAZWISKO**

**IMIĘ (IMIONA)**

**NAZWISKO PANIEŃSKIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA URODZENIA** | **dzień:** |  |  | **miesiąc:** |  | **rok:** |  |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ OJCA** |  |  |  |  |  | **IMIĘ MATKI** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NR DOWODU OSOB.** |  |  |  | **PESEL** |  |  |  |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA** |  |  |  |  | **NR DOMU** |  |  |  | **NR MIESZKANIA** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  | **KOD** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RODZAJ MIEJSCOWOŚCI** | **WIEŚ** |  |  | **MIASTO** |  |  |  |  |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA** |  |  |  |  | **NR DOMU** |  |  |  | **NR MIESZKANIA** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  | **KOD** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WOJEWÓDZTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON** |  |  |  |  |  | **TELEFON** |  |  |  |
| **STACJONARNY** |  |  |  |  |  | **KOMÓRKOWY** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-MAIL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NAZWA SZKOŁY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  | **ROK UKOŃCZENIA** |  |  |
| **CZY KANDYDAT POSIADA ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI?** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **TAK** |  |  |  |  |  | **NIE** |  |

*Podpis kandydata na studia* **s. 1**

**Podanie do Rektora o przyjęcie na studia**

***Proszę o przyjęcie na studia wyższe na kierunek:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **WYBRANY PRZEZ KANDYDATA KIERUNEK STUDIÓW** | **(proszę zaznaczyć X)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIETETYKA** |  | **Studia pierwszego stopnia****(licencjackie)** |
| **KOSMETOLOGIA** |  |
| **PEDAGOGIKA** |  |
| **KOSMETOLOGIA** |  | **Studia drugiego stopnia (magisterskie)** |
| **PEDAGOGIKA** |  |
| **DIETETYKA** |  |

**WYBRANY PRZEZ KANDYDATA TRYB NAUKI (proszę zaznaczyć X)**

**STACJONARNY NIESTACJONARNY**

**JĘZYKI OBCE – SZKOŁA ŚREDNIA (proszę zaznaczyć X)**

**Język angielski Język niemiecki**

**Język rosyjski Brak**

**Inne………………........................**

 *Podpis kandydata na studia*

**Zgłaszam swoją kandydaturę na studia przyjmuję do wiadomości następujące warunki:**

1. Kandydat podpisuje z Prezydentem USM w Warszawie umowę o naukę, która reguluje stosunki prawne studenta z Uczelnią.
2. W przypadku rezygnacji opłata wpisowa nie podlega zwrotowi.
3. Studia są płatne.

**OŚWIADCZENIE**

* Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oświadczam, iż:
1. Dobrowolnie podałem/-am swoje dane osobowe oraz dobrowolnie wyraziłem/-am zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych;
2. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że:
3. Administratorem danych osobowych jest Uczelnia Społeczno - Medyczna, uczelnia niepubliczna, z siedzibą w Warszawie, ul. Kaleńska 3 04 – 367 Warszawa, wpisana do rejestru uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych prowadzonego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod numerem porządkowym 358;
4. moje dane osobowe przetwarzane będą dla celów postępowania rekrutacyjnego na studia, a w przypadku przyjęcia na studia w celu dokumentowania ich przebiegu, a także wykorzystywania do celów statutowych, archiwalnych, statystycznych, zgodnie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust.2 lit. i ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych;

**s.2**

1. moje dane osobowe zostały podane i będą przetwarzane na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym w niezbędnym zakresie dla realizacji wynikających z tej ustawy obowiązków, a samo podanie tych danych wymagane jest przepisami powszechnie obowiązującego prawa;
2. moje dane osobowe mogą być przetwarzane, w zależności od udzielenia przeze mnie zgody, również w celach informacyjnych lub marketingowych lub dostępu do portalu Wirtualny Dziekanat, platformy e-learningowej oraz systemu antyplagiatowego na podstawie wyrażonej przeze mnie w sposób świadomy i dobrowolny zgody, a brak podania wskazanych danych uniemożliwi mi odpowiednio otrzymywanie od Uczelni Społeczno-Medycznej newslettera lub informacji marketingowych, bądź lub korzystanie z ww. portalu oraz platformy;
3. podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
4. dane będą udostępniane wyłącznie tym podmiotom zewnętrznym (POLON), które posiadają ustawowe prawo do ich przetwarzania i tylko w przypadkach ustawą określonych, a także podmiotom, z którymi Uczelnia posiada zawarte umowy powierzenia danych, w szczególności w zakresie utrzymania systemu informatycznego Uczelni oraz organizacji praktyk studenckich;
5. mam prawo cofnąć zgodę w każdym czasie poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres dziekanat@usmbm.edu.pl lub, wedle mojego uznania, bądź listownie na adres dziekanatu. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody udzielonej przed jej wycofaniem;
6. moje dane osobowe przetwarzane dla celów realizacji przepisów ustawy prawo o szkolnictwie wyższym będą przechowywane przez wymagany prawem okres czasu;
7. moje dane osobowe przetwarzane w celach informacyjnych lub marketingowych lub dostępu do portalu Wirtualny Dziekanat oraz platformy e-learningowej będą przechowywane do momentu cofnięcia przeze mnie zgody, przy czym nie dłużej niż przez okres 5 lat od momentu jej udzielenia;
8. mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przeniesienia danych;
9. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;
10. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w innym celu niż ten, dla którego je zebrano;
11. moje dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej;
12. przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00–193 Warszawa.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że znane mi są warunki Regulaminu studiów, Regulaminu opłat i akceptuję warunki w nim zawarte.

Ja niżej podpisany (a) oświadczam, że w przypadku niezebrania lub zmniejszenia się grupy językowej lub specjalnościowej poniżej 10 osób, nie będę rościć pretensji do nieutworzenia zdeklarowanej grupy zajęciowej.

**Oświadczam, że zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 kk za podawanie nieprawdziwych danych.**

 *Podpis osoby przyjmującej dokumenty Podpis kandydata na studia*

 Warszawa, dnia ….................................................................. Wyrażam zgodę na zamieszczanie fotografii z moim wizerunkiem i informacji o moim udziale w życiu uczelni na stronie internetowej oraz w publikacjach na temat uczelni.

 *Podpis kandydata na studia*

Warszawa, dnia …..................................................................

 **s.3**

**WYMAGANE DOKUMENTY OD KANDYDATA NA STUDIA**

**PIERWSZEGO STOPNIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I O ZDROWIU** |  |  | **WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH** |  |
|  |  |  **Kierunek: dietetyka i kosmetologia (I stopnia)** |  |  | **Kierunek: administracja i pedagogika (I stopnia)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1) | 2 identyczne fotografie 35x45 |  |  |  |  |
|  | 2) | Świadectwo maturalne |  |  1) | 2 identyczne fotografie 35x45 |  |
|  | 3) | Świadectwo ukończenia szkoły średniej |  |  2) | Świadectwo maturalne |  |
|  | 4) | Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania |  |  3) | Świadectwo ukończenia szkoły średniej |  |
|  | 5) Kserokopia aktualnej książeczki zdrowia dla celów  |  |  4) | Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania |  |
|  |  | sanitarno-epidemiologicznych |  |   |  |
|  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**WYMAGANE DOKUMENTY OD KANDYDATA NA STUDIA**

**DRUGIEGO STOPNIA**

|  |
| --- |
| **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I O ZDROWIU****Kierunek: dietetyka i kosmetologia (II stopnia)** |
| 1. 2 identyczne fotografie 35x45
2. Świadectwo maturalne
3. Odpis lub poświadczoną przez uczelnię kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych w tym suplement do dyplomu
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania (lekarza medycyny pracy)
5. Kserokopie aktualnej książeczki zdrowia dla celów sanitarno- epidemiologicznych.
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH** |
|  |  **Kierunek: pedagogika (II stopnia)** |
|  |  |
|   |  |
|  1) |  2 identyczne fotografie 35x45 |
|  2) |  Świadectwo maturalne |
|  3) |  Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania |
|  4) |  Odpis lub poświadczoną przez uczelnię kopię dyplomu ukończenia  |
|  studiów wyższych w tym suplement do dyplomu |
|   |
|   |  |
|   |  |
|  |  |

**Stwierdzam, że kandydat posiada wymagany komplet dokumentów do przyjęcia na studia i przekazuję dokumenty do decyzji Dyrektora Instytutu USM o przyjęciu na studia**

*Czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty*

**ŚLUBOWANIE STUDENTA**

Wstępując do grona społeczności Uczelni Społeczno-Medycznej ślubuję uroczyście: zdobywać wytrwale wiedzę i umiejętności dla kształtowania mej osobowości i podnoszenia kwalifikacji zawodowych, przestrzegać zasad współżycia koleżeńskiego, okazywać szacunek pracownikom Uczelni oraz szanować Jej mienie, postępować godnie i uczciwie, szanować tradycje Uczelni i zawsze dbać o Jej imię.

*Podpis studenta*

**s. 4**