**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA**

Zdjęcie

35mm x 45mm

**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.** |  | **WYDANY PRZEZ** |  |
|  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |
| **ULICA** |  | **NR DOMU** |  | **NR MIESZKANIA** |  |
|  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD** |  |
|  |
| **RODZAJ MIEJSCOWOŚCI** | **WIEŚ** |  | **MIASTO** |  |
|  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY**  |
|  |
| **ULICA** |  | **NR DOMU** |  | **NR MIESZKANIA** |  |
|  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD** |  |
|  |
| **WOJEWÓDZTWO**  |  |
|  |
| **E-MAIL** |  | **TELEFON KOMÓRKOWY** |  |
|  |
| **UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA/UCZELNIA** |
|  |
| **NAZWA SZKOŁY/UCZELNI** |  |
|  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **ROK UKOŃCZENIA** |  |
|  |
| **CZY KANDYDAT POSIADA****ORZECZENIE O STOPNIU****NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI?** | **OBYWATELSTWO** |  | **NARODOWOŚĆ** |  |
|  |
| **TAK** |  | **NIE** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Podpis kandydata na studia* |
| *Symbol niepełnosprawności* |

**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** |  |
| **ZARZĄDZANIE** |  |
| **DIETETYKA** |  | **Studia drugiego stopnia (magisterskie)** |
| **KOSMETOLOGIA** |  |
| **PEDAGOGIKA** |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STACJONARNY** |  |  | **NIESTACJONARNY** |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Język angielski** |  |  | **Język niemiecki** |  |
|  |
| **Język rosyjski** |  |  | **brak** |  |
|  |
| **Inny: ………………** |  |  |

|  |
| --- |
| *Podpis kandydata na studia* |

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

1. Kandydat podpisuje z Rektorem 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 w zakresie wykraczającym poza przetwarzanie danych w celu wykonania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
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;
5. 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;
6. 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 w Warszawie newslettera lub informacji marketingowych, bądź lub korzystanie z ww. portalu oraz platformy;
7. podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
8. 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;
9. 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;
10. moje dane osobowe przetwarzane dla celów realizacji przepisów ustawy prawo o szkolnictwie wyższym będą przechowywane przez wymagany prawem czas;
11. 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;
12. 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;
13. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;
14. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w innym celu niż ten, dla którego je zebrano;
15. moje dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej;
16. 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Warszawa, dnia …........................................ |  | *Podpis kandydata na studia* |

**WYMAGANE DOKUMENTY OD KANDYDATA NA STUDIA**

**PIERWSZEGO STOPNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK** **O ZDROWIU****Kierunek: dietetyka/kosmetologia (I stopnia)** |  | **WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH****Kierunek: pedagogika/zarządzanie (I stopnia)** |
| 1) 1 fotografia 35mm x 45mm2) Oryginał świadectwa maturalnego3) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania (lekarz medycyny pracy)4) Kserokopia orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych\* 5) Oświadczenie o posiadaniu sprzętu komputerowego oraz kompetencji cyfrowych 6) Potwierdzenie opłaty rekrutacyjnej \*tylko kandydaci kierunku dietetyka |  | 1) 1 fotografia 35mm x 45mm2) Oryginał świadectwa maturalnego3) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania (lekarz medycyny pracy)4) Oświadczenie o posiadaniu sprzętu komputerowego oraz kompetencji cyfrowych 5) Potwierdzenie opłaty rekrutacyjnej  |

**WYMAGANE DOKUMENTY OD KANDYDATA NA STUDIA**

**DRUGIEGO STOPNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK** **O ZDROWIU****Kierunek: dietetyka/kosmetologia (II stopnia)** |  | **WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH****Kierunek: pedagogika (II stopnia)** |
| 1) 1 fotografia 35mm x 45mm2) Dyplom ukończenia studiów3) Suplement do dyplomu4) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania (lekarz medycyny pracy)5) Kserokopia orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych\* 6) Oświadczenie o posiadaniu sprzętu komputerowego oraz kompetencji cyfrowych 7) Potwierdzenie opłaty rekrutacyjnej \*tylko kandydaci kierunku dietetyka |  | 1) 1 fotografia 35mm x 45mm2) Dyplom ukończenia studiów3) Suplement do dyplomu4) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do studiowania (lekarz medycyny pracy)5) Oświadczenie o posiadaniu sprzętu komputerowego oraz kompetencji cyfrowych 6) Potwierdzenie opłaty rekrutacyjnej  |

**Stwierdzam, że kandydat posiada wymagany komplet dokumentów do przyjęcia na studia i przekazuję dokumenty do decyzji Dziekana 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 kandydata na studia* |