Załącznik nr 2 do Komunikatu nr 5/2021

Dyrektora Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

z dnia 19 kwietnia 2021 r.

**UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU**

**Ankieta osobowa**

**Rekrutacja do Szkoły Doktorskiej UMP**

**rok akademicki: 2020/2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe** | |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Drugie Imię** |  |
| **numer PESEL** |  |
| **Płeć** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **kraj zamieszkania** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Dane identyfikacyjne** | |
| **Imię ojca** |  |
| **Imię matki** |  |
| **Nazwisko rodowe matki** |  |
| **Stan cywilny** |  |
| **Nazwisko rodowe** |  |
| **Narodowość** |  |
| **Kolejne obywatelstwo** |  |
| **Karta Polaka (tak/nie)** |  |
| **Informacje kontaktowe** | |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Adres zameldowania** | |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Kraj** |  |
| **Adres do korespondencji** | |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Kraj** |  |
| **Dokumenty tożsamości** | |
| **Rodzaj dokumentu** |  |
| **Seria/Numer** |  |
| **Kraj wydania** |  |
| **Organ wydający** |  |
| **Data wydania** |  |
| **Data ważności** |  |
| **Informacja o niepełnosprawności** | |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności (numer orzeczenia i data wystawienia)** |  |
| **typ niepełnosprawności** |  |
| **rodzaj niepełnosprawności** |  |
| **data ważności orzeczenia** |  |
| **Służba wojskowa** | |
| **Kategoria** |  |
| **Nr książeczki wojskowej** |  |
| **Szkoły wyższe - Informacje o studiach** | |
| **Nazwa Uczelni** |  |
| **Miasto** |  |
| **Wydział** |  |
| **Kierunek** |  |
| **Rodzaj studiów** |  |
| **Tryb studiów** |  |
| **Rok rozpoczęcia** |  |
| **Rok zakończenia** |  |
| **Status (np. student/absolwent)** |  |
| **Nr dyplomu** |  |
| **Ocena na dyplomie** |  |
| **Informacje dotyczące świadectwa dojrzałości** | |
| **kraj uzyskania świadectwa dojrzałości lub jego odpowiednika** |  |

**Dane Rekrutacyjne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby przewidzianej na promotora** |  |
| **Jednostka UMP (Katedra/Klinika/Zakład)** |  |
| **Wybrana dziedzina nauki** |  |
| **Wybrana dyscyplina nauki** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem 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 - RODO).

**............................................................ ............................................................**

**Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata**