

FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE

Proszę wypełnić poniższy kwestionariusz w następujący sposób:

1. Po otwarciu formularza wystarczy kliknąć ikonę "Drukuj" (w prawym górnym rogu). Formularz otworzy się w nowej karcie przeglądarki z uaktywnioną opcją uzupełniania pól. Po uzupełnieniu formularza należy ponownie kliknąć przycisk "Drukuj" i wybrać jako urządzenie docelowe "Zapisz jako PDF".
2. Jeżeli w przeglądarce internetowej nie uaktywni się opcja uzupełniania formularza, można dokument pobrać i uzupełnić na komputerze (np. w programie Acrobat Reader) lub wydrukować, uzupełnić ręcznie i zeskanować.

Kierunek*

Poradnictwo i Terapia Osób Uzależnionych



DANE OSOBOWE

Nazwisko*

Apel

Imię pierwsze*

Wojciech

Imię drugie

Jarosław

Email*

wojtek@pp.org.pl

Telefon*

601425019

Nazwisko rodowe*

Data urodzenia:

Rok*

1964



Miesiąc*

luty



Dzień*

15



Miejsce urodzenia (miejscowość, kraj)*

Bytom, Polska

Obywatelstwo*

polskie

Pesel*

64021500015

ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica*

Kokoszki

Numer domu*

6

Numer mieszkania

52

Kod pocztowy (xx-xxx)*

44-100

Miejscowość*

Gliwice

ADRES KORESPONDENCYJNY

Jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania, prosimy zaznaczyć poniższe pole i przejść dalej.

☐ adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania

Ulica

Jaskółcza

Numer domu

23

Numer mieszkania

Kod pocztowy

44-100

Miejscowość

Gliwice

PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ EDUKACJI

Nazwa ukończonej szkoły wyższej*

Politechnika Śląska

Miejscowość*

Gliwice

Rok ukończenia* Numer dyplomu ukończenia szkoły wyższej*

1990



na zaświadczeniu nie ma numeru, ale szukam dyplomu albo załatwię duplik

KOŚCIÓŁ

Nazwa Kościoła, którego Kandydat jest członkiem*

KFC

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

2023-01-21

Data wypełnienia kwestionariusza*

Wojtek Apel

Czytelny podpis*

* Pola wymagane

PŁATNOŚCI

Nazwisko*

Apel

Imię pierwsze*

Wojciech

Imię drugie

Jarosław

Email*

wojtek@pp.org.pl

Telefon*

601425019

Kierunek*

Poradnictwo i Terapia Osób Uzależnionych



Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe: *

- ☐ poprzez wpłatę roczną (do 30 września za studia rozpoczynających się w semestrze zimowym i do 31 stycznia za studia rozpoczynające się w semestrze letnim)
- ☐ w dwóch ratach w ciągu roku (do 30 września i 31 stycznia)
- ☐ w dziesięciu ratach w ciągu roku (płatność do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie studiów)

Jeżeli chce Pan / Pani otrzymać fakturę za opłatę za studia, proszę podać dane do faktury:

Nazwa firmy

Fundacja Instytutów Biblijnych

Ulica

Krzywa

Nr domu

12

Nr mieszkania

8

Kod pocztowy (xx-xxx)

40-873

NIP

6342971170

Miejscowość *

Katowice

2023-01-21

Wojtek Apel

Data wypełnienia kwestionariusza*

Czytelny podpis*

* Pola wymagane

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a 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 **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku rekrutacyjnym:

Z dnia*

2023	▼	styczeń	▼	21	▼
------	---	---------	---	----	---

Nazwisko*

Apel

Imię / imiona*

Wojciech
Jarosław

dla Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej w Warszawie ul. Wyborna 20, która jest administratorem moich danych osobowych, która jest integralną częścią Kościoła Zielonoświątkowego w RP z siedzibą w Warszawie ul. Sienna 68/70.

☒ **WYRAŻAM ZGODĘ**

☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY**

na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji procesu edukacyjnego, podczas uroczystości i nabożeństw, zajęć dydaktycznych na terenie WSTS w Internecie, prasie, telewizji, broszurach informacyjnych i reklamowych.

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ**

☒ **NIE WYRAŻAM ZGODY**

na otrzymywanie informacji o WSTS i realizowanych programach edukacyjnych za pośrednictwem poczty

elektronicznej o adresie:

OBJAŚNIENIE

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 oraz regulaminem Kościoła Zielonoświątkowego dotyczącego ochrony danych osobowych z dnia 18 kwietnia 2018 informuję że:

- Administratorem danych osobowych jest:
Rektor Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej.
- Przewodniczący KODO pełni funkcję inspektora ochrony danych osobowych, kontakt:
dudzinski@gmail.com tel. 601 165 958.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Regulaminem i z zasadami statutowymi i wewnętrznymi Uczelni.
- Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia danego procesu, a później znajdą się w archiwum.
- Zachowane jest prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- Cofnięcie zgody może nastąpić na podstawie wypełnionego oświadczenia o cofnięciu zgody i wysłanie pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną.
- Dopuszcza się możliwość złożenia skargi do Przewodniczącego KODO w przypadku uznania naruszenia przepisów Rozporządzenia i Regulaminu.
- Podanie danych osobowych jest konieczne i niezbędne do przedstawienia warunków zawartych we wniosku. Nie podanie danych osobowych będzie traktowane jako zakończenie procesów zawartych w oświadczeniu.

2023-01-21

Gliwice

Wojtek Apel

Data*

Miejscowość*

Czytelny podpis wyrażającego zgodę*