Załącznik nr 4

|  |
| --- |
| KWESTIONARIUSZ OSOBOWYdla kandydatów do Szkoły Doktorskiej WUM |
| Imię (imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: Miejsce urodzenia: |
| Obywatelstwo: Karta Polaka: **□** TAK □ NIE nr:  |
| PESEL:  |
| Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu:  |
| Imiona rodziców: 1) ojca: 2) matki: |
| **Dane adresowe:** | **Miejsce zamieszkania (zameldowania):** | **Adres korespondencyjny:** |
| Miejscowość |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr domu - lokalu  |  |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| Adres e-mail |  |
| **Wykształcenie:**  |
| Rodzaj i kraj uzyskania egzaminu maturalnego: (zaznaczyć właściwe)□ Polska □ poza granicami Polski □ międzynarodowa |
| Nazwa ukończonej Uczelni, Wydział i Kierunek | Dataukończenia  |
|  |  |
| **Posiadany stopień doktora: □ TAK □ NIE** **w dziedzinie nauki, dyscyplinie naukowej:** …................................................................................…..................................………… |
| Orzeczenie o niepełnosprawności/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: 🗆 TAK 🗆 NIE |
| …………............................…………………*Miejscowość i data* | …………............................……………………*Podpis kandydata* |