Załącznik nr 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KWESTIONARIUSZ OSOBOWY dla 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 | | | | Data  ukończenia |
|  | | | |  |
| **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* | | |