WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA OCHRONY ZDROWIA
TWP W ŁOMŻY
ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 18-400 Łomża
tel. 86 216 45 45, www.wszoz.edu.pl, e-mail: dziekanat@wszoz.edu.pl
NIP: 718-21-31-213 KONTO BANKOWE: 53 8769 0002 0550 1515 2000 0010

Łomża, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

.....
(telefon)

Dziekan
Wydziału Medycyny Ratunkowej i Katastrof/
Wydziału Medycyny Społecznej*
Wyższej Szkoły Zawodowej Ochrony Zdrowia
TWP w Łomży

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie w poczet studentów Wyższej Szkoły Zawodowej Ochrony Zdrowia TWP w Łomży kierunek.....

1. Na studia pierwszego stopnia:
   a) stacjonarne b) niestacjonarne*

Świadectwo dojrzałości uzyskałem (-am) w .....
(nazwa szkoły)
..... w roku .....

Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki art. 169 ust. 1 ustawy − Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.).

2. Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegam, jako*:
   a) członek rodziny
   b) pracownik

* właściwe podkreślić
* właściwe podkreślić

c) bezrobotny (zarejestrowany w urzędzie pracy)
d) osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej
e) osoba prowadząca działalność gospodarczą
f) rolnik (KRUS)
g) inne .....
h) nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb Wyższej Szkoły Zawodowej Ochrony Zdrowia TWP w Łomży (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883).

....., dnia ....
(miejscowość) (podpis)

5. Do podania załączam:

L.p.	Spis dokumentów załączonych do podania	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata
1.	Świadectwo dojrzałości (oryginał/odpis*) nr …….…. z dnia …….……. wydany przez ……. (nazwa szkoły lub OKE wydającej świadectwo dojrzałości) ……. w ……. (miejsce wydania świadectwa dojrzałości)	
2.	4 fotografie owymiarach 35 x 45 mm wykonane zgodnie z wymogami obowiązującymi przy wydawaniu dowodów osobistych.	
3.	Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do nauki zawodu wydane przez lekarza specjalistę medycyny pracy.	
4.	Kserokopia dowodu osobistego, lub w przypadku cudzoziemców, paszportu.	
5.	Dowód wniesienia opłaty za postępowanie związane z przyjęciem na studia.	
6.	…….... …….	