

KWESTIONARIUSZ APLIKACYJNY NA STUDIA LICENCJACKIE

# INSTYTUT MESJANISTYCZNY

Proszę wypełnić poniższy kwestionariusz, wydrukować, podpisać na każdej stronie i wraz z podpisaną aktualną fotografią zgodną z wymaganiami obowiązującymi przy wydawaniu dowodów osobistych (3,5 x 4,5 cm), kopią świadectwa dojrzałości, kopią dowodu osobistego oraz dowodem wpłaty opłaty rekrutacyjnej w wysokości 85 zł przesać pocztą na adres Wyborna 20, 03-681 Warszawa lub dostarczyć osobiście do 30 września 2018 r.

Oryginał świadectwa dojrzałości oraz dowodu osobistego należy przedstawić w Dziekanacie podczas pierwszego zjazdu w celu poświadczenia kopii za zgodność z oryginałem.

## DANE OSOBOWE

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Email\*

Telefon\*

Nazwisko rodowe\*

Data urodzenia:

Rok\*

Miesiąc\*

Dzień\*

Miejsce urodzenia (miejscowość, kraj)\*

Obywatelstwo\*

Pesel\*

Seria i nr dowodu osobistego lub nr paszportu (dot. obcokrajowców)\*

Dowód osobisty lub paszport (dot. obcokrajowców) został wydany przez:\*

\* Pola wymagane

## ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica\*

Numer domu\*

Numer mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)\*

Miejscowość\*

## 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

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

## PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ EDUKACJI

Nazwa ukończonej szkoły średniej\*

Miejscowość\*

Rok ukończenia\* Numer świadectwa dojrzałości\*

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

\_\_\_\_\_  
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\*

rok	miesiąc	dzień
-----	---------	-------

Nazwisko\*

Imię / imiona\*

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  
Kierownik administracji z siedzibą w Warszawie ul. Wyborna 20.
- Przewodniczący KODO pełni funkcję inspektora ochrony danych osobowych, kontakt: [dudzinski@gmail.com](mailto: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 znajdują 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 wystanie 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.

Data\*

Miejscowość\*

Czytelny podpis wyrażającego zgodę\*

## PŁATNOŚCI

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Email\*

Telefon\*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe:\*

- poprzez jednorazową wpłatę w wysokości 2 700 zł (płatność do 30 września 2018)
- w dwóch ratach po 1 375 zł (płatność I raty do 30 września 2018, II raty do 31 stycznia 2019)
- w dziesięciu ratach po 290 zł (płatność do ostatniego dnia miesiąca zaczynając od września 2018)

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

Nazwa firmy

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)

NIP

Miejscowość

---

Data wypełnienia kwestionariusza\*

---

Czytelny podpis\*

\* Pola wymagane