

FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE / KURS

# Poradnictwo i Terapia Osób Uzależnionych

## KURS / STUDIA PODYPLOMOWE\*

## 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\*

Dowód osobisty został wydany przez:\*

## KOŚCIÓŁ

Nazwa Kościoła, którego Kandydat jest członkiem

\* 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

Poziom wykształcenia\*

Nazwa ukończonej szkoły wyższej (dot. Kandydatów na studia podyplomowe)

Miejscowość

Rok ukończenia

Numer dyplomu ukończenia szkoły wyższej

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

\_\_\_\_\_  
Data wypełnienia kwestionariusza\*

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis\*

\* Pola wymagane

# Poradnictwo i Terapia Osób Uzależnionych

## PŁATNOŚCI

Nazwisko\*

Imię / imiona\*

Email\*

Telefon\*

Kurs / studia podyplomowe\*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za kurs / studia podyplomowe: \*

- poprzez wpłatę roczną 2 600 zł (płatność za rok akademicki 2019/2020 powinna zostać dokonana do 30 września 2019 r.)
- w dwóch ratach w ciągu roku 1 325 zł (płatność I raty do 30 września 2019, II raty do 31 stycznia 2020 r.)
- w dziesięciu ratach w ciągu roku 280 zł (płatność do ostatniego dnia miesiąca zaczynając od września 2019 r.)

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

## 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.
- 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.

Data\*

Miejscowość\*

Czytelny podpis wyrażającego zgodę\*