

FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE

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 dyplomu ukończenia studiów, kopią dowodu osobistego oraz dowodem wpłaty opłaty rekrutacyjnej w wysokości 85 zł przesać pocztą na adres Wyborna 20, 03-681 Warszawa lub dostarczyć osobiście. Oryginał dyplomu ukończenia szkoły wyższej oraz dowodu osobistego należy przedstawić w Dziekanacie podczas pierwszego zjazdu w celu poświadczenia kopii za zgodność z oryginałem.

Specjalizacja*

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:*

* 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 wyższej*

Miejscowość*

Rok ukończenia* Numer dyplomu ukończenia szkoły wyższej*

KOŚCIÓŁ

Nazwa Kościoła, którego Kandydat jest członkiem*

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

Data wypełnienia kwestionariusza*

Czytelny podpis*

* Pola wymagane

PŁATNOŚCI

Nazwisko*

Imię pierwsze*

Imię drugie

Email*

Telefon*

Specjalizacja*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe: *

(przed zaznaczeniem odpowiedzi prosimy o zapoznanie się z [tabelą opłat za studia](#))

- poprzez wpłatę roczną
- w dwóch ratach w ciągu roku
- w dziesięciu ratach w ciągu roku (płatność do ostatniego dnia miesiąca)

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*