

**Dziekan Wydziału Rehabilitacji
AWF w Warszawie
Prof. Andrzej Kosmol**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na.....
.....

Nazwisko		Nazwisko rodowe	
Imiona		Imiona rodziców	
Data urodzenia		PESEL	
Województwo		Miejsce urodzenia	
Województwo		Obywatelstwo	
Adres stałego zameldowania: ul..... kod..... miejscowość województwo			
Adres do korespondencji : ul:..... kod..... miejscowość województwo			
e-mail			
nr telefonu komórkowego stacjonarnego			
Wykształcenie: Nazwa Szkoły/Uczelni..... Wydział			
Kierunek studiów.....			
...Data ukończenia nr dyplomu..... Tytuł zawodowy.....			
Informacja o zatrudnieniu: Nazwa placówki.....			
Adres: ul..... miejscowość.....			
stanowisko		staż pracy	tel. służbowy.....

W przypadku przyjęcia mnie na studia/kurs.....
.....

zobowiązuję się do:

1. wniesienia wymaganych opłat oraz oświadczam, że w przypadku rezygnacji nie będę ubiegał/a się o zwrot poniesionych kosztów;
2. ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas trwania kursu/studiów podyplomowych

Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust.1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883) o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Prawidłowość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Miejscowość i data

.....
podpis

Uczelnia wystawia fakturę TYLKO na prośbę słuchacza, w ciągu 7 dni od daty zapłaty
(Wniosek o wystawienie Faktury do pobrania ze strony AWF Warszawa – Studia Podyplomowe)