

# Uniwersytet Śląski w Katowicach

**JM Rektor**  
**Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach**

## PODANIE

Proszę o przyjęcie na PODYPLOMOWE STUDIA  
KWALIFIKACYJNE LOGOPEDII I MEDIALNEJ EMISJI GŁOSU  
SPECJALNOŚĆ NEUROLOGOPEDIA  
.....  
(nazwa studiów)

prowadzone na Wydziale ..... Filologicznym  
(nazwa Wydziału)

rozpoczynające się w roku akademickim ..... 2018/2019

.....  
(data i czytelny podpis kandydata)

### Dane ogólne:

Imię (imiona)						
Nazwisko						
Data urodzenia	dzień		miesiąc		rok	
Miejsce urodzenia						
Imię ojca				Imię matki		
PESEL, a w przypadku jego braku – nazwę i numer dokumentu tożsamości						
Obywatelstwo						
Telefon stacjonarny				Telefon komórkowy		
E-mail						

### Adres stałego zamieszkania:

Ulica					
Nr domu		nr mieszkania		kod pocztowy	
Miejscowość				województwo	

# Uniwersytet Śląski w Katowicach

**Adres do korespondencji** (jeśli jest inny niż zamieszkania):

Ulica			
Nr domu	nr mieszkania		kod pocztowy
Miejscowość			województwo

**Nazwa ukończonej uczelni i ukończonego kierunku studiów:**

Nazwa uczelni			
Wydział			
Kierunek studiów		rok ukończenia	
Specjalność			
Wykształcenie	wyższe magisterskie z tytułem magistra wyższe zawodowe z tytułem licencjata lub inżyniera *)		

Oświadczam, że:

- wszystkie powyższe dane są prawdziwe;
- zapoznałem/łam się z Regulaminem Studiów Podyplomowych w US oraz z Uchwałą Senatu US w sprawie określenia szczegółowych zasad pobierania opłat za świadczone usługi edukacyjne związane z prowadzeniem studiów podyplomowych i kursów doształcających.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną RODO dla słuchaczy studiów podyplomowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach i na zasadach określonych niniejszą klauzulą.

\_\_\_\_\_ (data i czytelny podpis kandydata)

Do podania załączam:

L.p.	Spis dokumentów	Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata
1.		Data: _____  Czytelny podpis: _____
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		