**Rektor
Wyższej Szkoły Humanistycznej**

Miejsce

na **wklejenie**

zdjęcia

kandydata

**Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Szczecinie**

Proszę o przyjęcie na studia w Wyższej Szkole Humanistycznej TWP w Szczecinie **w roku akademickim** **2020/2021**

**Wybrany przez kandydata kierunek studiów** *zaznaczyć wybór*

**Studia I stopnia** □ Kryminologia □ Obronność i bezpieczeństwo narodowe

**Studia I stopnia inżynierskie** □ Bezpieczeństwo i higiena pracy

**Studia II stopnia** □ Kryminologia □ Pedagogika □ Praca socjalna

**Studia jednolite magisterskie** □ Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna

□ Psychologia □ Pedagogika specjalna\*

**Wybrana przez kandydata forma studiów** *zaznaczyć wybór*

**□** studia stacjonarne (dzienne) **□** studia niestacjonarne (zaoczne)
**□** studia niestacjonarne (wieczorowe dla pracujących)

**DANE PERSONALNE** *wypełnić komputerowo lub ręcznie – wyraźnie, drukowanymi literami*

Nazwisko Płeć kobieta / mężczyzna\*\*

Imię (imiona)

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Numer PESEL

w przypadku braku nr PESEL nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało :

Państwo urodzenia (dot. cudzoziemców) Obywatelstwo

Karta Polaka(dot. cudzoziemców) □ TAK □ NIE

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Miasto **□** Wieś **□** Województwo

**ADRES DO KORESPONDENCJI** *wypełnić****,*** *jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania*

 Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

**KONTAKT** *prosimy o czytelne wpisanie adresu e-mail*

**Telefon** **E-mail**

**INFORMACJE O WYKSZTAŁCENIU**

 Ukończona szkoła średnia.

 Miejscowość Data wydania świadectwa

 Nr świadectwa

**INFORMACJE DOTYCZĄCE EGZAMINU DOJRZAŁOŚCI**

 Matura stara **□** nowa **□** Nazwa Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej – OKE w ……………….………………………

 Nr świadectwa maturalnego

 Miejsce wystawienia Data wystawienia

**INFORMACJE O UKOŃCZONYCH STUDIACH WYŻSZYCH (**wypełniają kandydaci na studia II stopnia i jednolite studia magisterskie)

Nazwa szkoły wyższej

Wydział

Kierunek

Specjalność

Nr dyplomu  Data i miejsce wystawienia

**INFORMACJE DODATKOWE** *dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (informacje na potrzeby sprawozdawczości w POL-ON)*

Orzeczony stopień niepełnosprawności/inwalidztwa TAK **□** (jeśli TAK - należy załączyć kserokopię): NIE **□**

**Poniższe dotyczy tylko osób z orzeczeniem o niepełnosprawności:**

1. Stopień niepełnosprawności (*proszę zaznaczyć właściwy stopień orzeczony przez komisję lekarską*)

znaczny **□** umiarkowany **□** lekki **□**

1. Typ niepełnosprawności (*proszę zaznaczyć jedną lub więcej niepełnosprawności odnoszących się do Pani/Pana*)

 Narząd ruchu – poruszam się na wózku inwalidzkim lub o kulach – tak **□** nie **□**

 Narząd wzroku

 Narząd słuchu

 Inne

 **ZAŁĄCZNIKI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zaznacz** | **Załącznik** |
| 1. |  | Umowa o odpłatności za studia (1 egzemplarz)  |
| 2. |  | Kserokopia świadectwa dojrzałości |
| 3. |  | Kserokopia świadectwa ukończenia szkoły średniej (*w przypadku nowej matury*) |
| 4. |  | Kserokopia dyplomu ukończenia studiów wyższych (*dotyczy kandydata na studia II stopnia*) |
| 5. |  | Kserokopia suplementu do dyplomu (*dotyczy kandydata na studia II stopnia*) |
| 6. |  | 2 fotografie (*kolorowe* o wymiarach *3,5 cm x 4,5 cm; podpisane imieniem i nazwiskiem*) |
| 7. |  | Dowód wniesionej opłaty wpisowej *(w oryginale)* |
| 8. |  | Deklaracja płatności czesnego (1 egzemplarz)  |
| 9. |  | Deklaracja wyboru języka obcego |
| 10. |  | Inne …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….….. |

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych jest Wyższa Szkoła Humanistyczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Monte Cassino 15 dane kontaktowe Administratora: adres e-mail:rektor@wshtwp.pl, tel. 91-424-32-11
2. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji, której efektem będzie zawarcie umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia 2016/679, a także na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c związku z wypełnianiem obowiązków prawnych ciążących na administratorze oraz w celu udzielania odpowiedzi na żądanie w związku z rekrutacją oraz obrony roszczeń jako prawnie uzasadniony interes Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 lit f.
3. Pani/Pana dane osobowe w zależności od podstawy prawnej przetwarzania danych będą przechowywane przez różne okresy czasu. Dane są przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, a po realizacji tego celu zgodnie z terminami wynikającymi z przepisów prawa. W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych w związku z wykonywaniem umowy której stroną była Pani/Pan lub w celu podjęcia działań przed zawarciem umowy na Pani/Pana żądanie dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy a po tym czasie zgodnie z terminami wynikającymi z przepisów prawa.
4. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne ale niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji i realizacji umowy której Pani/Pan jest stroną.
5. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty przetwarzające dane osobowe na polecenie Administratora.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo do wniesienia sprzeciwu – zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679. Administrator Danych informuje że każde żądanie będzie rozstrzygane indywidualnie.
7. W przypadku stwierdzenia, że Pani/Pana dane są przetwarzane z naruszeniem przepisów prawa przysługuje Pani/Panu wniesienia skargi do prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu ani przekazywaniu do państw trzecich.

 Szczecin, …………………….………. ………………………………………….

 *Data* *podpis kandydata*

\* *w organizacji*

*\*\* niepotrzebne skreślić*