**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**W ROKU AKADEMICKIM 2022/2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejsce na zdjęcie* | Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Nazwa państwa urodzenia *(w przypadku cudzoziemców)* |  |
| Obywatelstwo: |  |
| Karta Polaka*(w przypadku cudzoziemców)* tak/nie  |  |
| **1. Numer ewidencyjny (PESEL**) *(w przypadku jego braku nr dokumentu potwierdzającego tożsamość i nazwa kraju, w którym go wydano)* |  |
| **2. Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i nazwa kraju w którym go wydano** (dowód lub paszport) *(w przypadku braku PESEL)* |  |
| **3. Adres do korespondencji** |
| Ulica: | Nr domu: | Nr mieszkania: |
|  |  |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| **4. Dane kontaktowe*\****  |
| Telefon (wraz z kierunkiem) |  |
| Tel. komórkowy |  |
| E-mail: |  |
| **5. Ukończona uczelnia wyższa** |
| Nazwa Uczelni i jej siedziba: |  |
| Rok ukończenia: |  |
| Typ studiów: |  |
| Wydział: |  |
| Kierunek: |  |
| Specjalność: |  |
| Tytuł pracy dyplomowej: |  |
| Ocena uzyskana na dyplomie: |  |

|  |
| --- |
| **6. Informacje dodatkowe***(wykształcenie uzupełniające):* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| .............................. | .............................. |
| Miejscowość i data | Podpis kandydata |