**PODANIE**

**PROSZĘ O PRZYJĘCIE MNIE NA PODYPLOMOWE STUDIA:**

* **NEUROLOGOPEDIA KLINICZNA Z WCZESNA INTERWENCJĄ LOGOPEDYCZNĄ\***
* **LOGOPEDIA KLINICZNA\***
* **NEUROLOGOPEDIA SENIORALNA\***

1.Nazwisko ………………………… Imię………………….. ………………………….

2. Data i miejsce urodzenia: dzień……. .miesiąc…………………. rok…………………..

w…………………………………….. woj…………………………………………………

3. Imiona rodziców…………………………………………………………………………

4. Adres stałego zameldowania z kodem pocztowym………… miejscowość……………………

…………ul……………………………….. nr domu…………… m……. .woj…………..

5. Adres dla korespondencji……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

6. Telefon kontaktowy………………………………………….

7.Adres e-mail……………………………………………………

8. PESEL………………………………9. Seria i nr dowodu osobistego……………………..

10. Ukończone studia wyższe, nazwa uczelni, kierunek………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………

11. Dodatkowe kwalifikacje, ukończone studia podyplomowe…………………………………

……………………………………………………………………………………………………..

( w szczególności dotyczy to studiów Neurologopedia Kliniczna z Wczesną Interwencją Logopedyczną i Neurologopedii Senioralnej- niezbędne kwalifikacje logopedy).

Oświadczam, że zgodnie z art.23 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych , wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb studiów podyplomowych Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Nauk o Zdrowiu

Wrocław, data……………………. . Prawidłowość danych zawartych w podaniu

 potwierdzam własnoręcznym podpisem

**\*właściwe podkreślić**

Podanie przesłać na adres **STUDIUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**

 **Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego**

 **51-618 Wrocław, ul. Bartla 5**