|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KWESTIONARIUSZ OSOBOWY dla kandydatów do Szkoły Doktorskiej WUM | | | | |
| Imię (imiona): | | | | |
| Nazwisko: | | | | |
| Data urodzenia: Miejsce urodzenia: | | | | |
| Obywatelstwo: Karta Polaka: **□** TAK □ NIE nr: | | | | |
| PESEL: | | | | |
| Numer paszportu (dotyczy cudzoziemców): | | | | |
| **Dane adresowe:** | **Adres zameldowania:** | | | **Adres korespondencyjny:** |
| Miejscowość |  | | |  |
| Kod pocztowy |  | | |  |
| Ulica |  | | |  |
| Nr domu - lokalu |  | | |  |
| Nr telefonu komórkowego |  | | | |
| Adres e-mail |  | | | |
| **Wykształcenie:** | | | | |
| Nazwa ukończonej Uczelni | |  | | |
| Wydział | |  | | |
| Kierunek | |  | | |
| Data ukończenia | |  | | |
| **Posiadany stopień doktora: □ TAK □ NIE**  **w dziedzinie nauki, dyscyplinie naukowej:**  …................................................................................…..................................………… | | | | |
| …………............................…………………  *Miejscowość i data* | | | …………............................……………………  *Podpis kandydata* | |