**WZÓR KWESTIONARIUSZA OSOBOWEGO**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

|  |
| --- |
| **1. DANE PODSTAWOWE** |
|  |  |
|  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO: |  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA : |  |
| NAZWISKO RODOWE: |  |
| PESEL: |    |
| OBYWATELSTWO: |    |

|  |
| --- |
| **2. DANE KONTAKTOWE** |
|  |  |
|  |  |
| TELEFON KONTAKTOWY: |    |
| ADRES E-MAIL: |   |
| MIEJSCE ZAMELDOWANIA: |   |
| ADRES DO KORESPONDENCJI: |   |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **3 . OWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W PKT 1-2 SĄ ZGODNE Z DOWODEM OSOBISTYM** |
|  |
| **NR i SERIA:**  |
| **WYDANYM PRZEZ:**  |
| **TERMIN WAŻNOŚCI:** |
| **ALBO INNYM DOWODEM TOŻSAMOŚCI (W PRZYPADKU CUDZOZIEMCÓW)** |

 miejscowość i data podpis osoby składającej kwestionariusz

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych: t.j. Dz.U. z 2019 poz. 1781 z późn. zm.)