

--	--	--	--	--	--

Numer albumu

Rok akademicki



WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI W OPOLU

ul. Niedziałkowskiego 18, 45-085 Opole, tel. 77 402-19-00, 77 542-11-55
ul. Ozimska 63, 45-368 Opole

zdjęcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dla obcokrajowca

DANE PERSONALNE

Nazwisko: Nazwisko rodowe:

Imię pierwsze: Imię drugie:

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Państwo urodzenia

PESEL: Obywatelstwo:

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało:

Adres e-mail: Telefon:

Miejsce zamieszkania przed rozpoczęciem studiów:
 wieś miasto

Płeć:
 kobieta mężczyzna

Posiadanie Karty Polaka:
 tak nie

WYBRANE PRZEZ KANDYDATA STUDIA

STUDIA II STOPNIA STACJONARNE

Kierunek: **ZARZĄDZANIE**

Wybieram moduł kształcenia¹:

- Bankowość
- Menedżer sportu i turystyki
- Zarządzanie finansami i rachunkowość
- Społeczna odpowiedzialność w biznesie i administracji
- Zarządzanie instytucjami opieki zdrowotnej, edukacyjnej i społecznej
- Zarządzanie kryzysowe i pomoc humanitarna
- Zarządzanie personelem i psychologia w biznesie
- Zarządzanie logistyczne

- Zarządzanie przedsiębiorstwem
- Zarządzanie transportem i gospodarka magazynową
- Zarządzanie administracją
- Zarządzanie w agrobiznesie
- Zarządzanie bezpieczeństwem w biznesie i administracji
- Zarządzanie w obrocie towarowym i usługach
- Zarządzanie mediami społecznościowymi
- E-biznes

Język obcy:

Język angielski

Język niemiecki

¹ Należy wybrać moduł podstawowy zaznaczając „1” i moduł rezerwowany zaznaczając „2”

ADRES ZAMELDOWANIA

.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI

.....
.....

POZOSTAŁE DANE

Ukończona szkoła średnia: w roku

Nr świadectwa dojrzałości:

ZAŁĄCZNIKI

1. Trzy kolorowe fotografie
2. Poświadczona przez uczelnię kopia dyplomu ukończenia studiów I stopnia
 - 2a. Apostille w/w dokumentu
 - 2b. Tłumaczenie w/w dokumentu
3. Poświadczona przez uczelnię kopia wykazu ocen do dyplomu ukończenia studiów I stopnia
 - 3a. Apostille w/w dokumentu
 - 3b. Tłumaczenie w/w dokumentu
4. Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego
5. Potwierdzona przez uczelnię kopia Karty Polaka

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Data i podpis kandydata

.....
Data i podpis pracownika Uczelni