|  |
| --- |
| KWESTIONARIUSZ OSOBOWYdla 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* |