

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

<i>Proszę określić znajomość języka obcego wg skali: bardzo dobrze (bab), dobrze (db), dostatecznie (dst)</i>				
Język obcy	czytam	piszę	rozumiem mowę	mówię
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Posiadam CERTYFIKAT/Y potwierdzający/e znajomość języka obcego (proszę wymienić jaki/jakie)
.....

DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG STUDIÓW

Średnia ocen z poszczególnych semestrów
Średnią ocen z poszczególnych semestrów wpisuje i potwierdza pracownik dziekanatu

I		II		III		IV		V		VI		VII	
---	--	----	--	-----	--	----	--	---	--	----	--	-----	--

.....
data/podpis pracownika dziekanatu

Czy Pan/Pani odbywał/a już praktyki za granicą? tak nie
Jeśli tak: kiedy, jak długo, w jakiej instytucji?.....
.....
Czy Pan/Pani odbywał/a praktyki za granicą w ramach programu ERASMUS / ERASMUS+? tak nie

DANE OSOBY, Z KTÓRĄ NALEŻY KONTAKTOWAĆ SIĘ W RAZIE KONIECZNOŚCI

Imię i nazwisko:.....
Adres:.....
Telefon:.....

.....
data/podpis studenta

Administratorem danych jest **Wyższa Szkoła Zdrowia** z siedzibą w **Gdańsku**, przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335). Państwa dane przetwarzane będą w celu realizacji wyjazdu stypendialnego. Odbiorcą danych może być państwo trzecie lub organizacja międzynarodowej, jeśli dane te wymagane są w celu realizacji zadania. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Posiadają Państwo także prawo do uzyskania kopii danych i ich przenoszenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego lub profilowanie przez Administratora Państwa danych osobowych. Sprzeciw mogą Państwo zgłosić w dogodny dla siebie sposób, w szczególności poprzez wysłanie wiadomości na adres e-mail: administrator danych@wsz.pl lub listownie na adres: Wyższa Szkoła Zdrowia w Gdańsku, ul. Pelplińska 7, 80-335 Gdańsk. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych w razie uznania, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych lub od dnia 25.05.2018 r. przepisów RODO. Podanie przez Państwa danych nie jest wymogiem ustawowym.

DECYZJA o zakwalifikowaniu się na praktyki zagraniczne w roku akademickim 20...../20.....

<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany na praktyki do: nazwa instytucji	Kraj, miasto	Okres praktyki	Wyjazd w terminie
<input type="checkbox"/> Niezakwalifikowany			

.....
data/podpis koordynatora programu ERASMUS+