**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu *„Szkoła Orłów”***

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię (imiona) i nazwisko:** |  |
| **Data urodzenia:** |  | **Miejsce urodzenia:** |  |
| **Obywatelstwo:** |  | **Płeć:** |  Kobieta Mężczyzna |
| **PESEL:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  | **Numer lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Gmina:** |  | **Powiat:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **KONTAKT** |
| **Telefon komórkowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** |
| **Wykształcenie:** |  Wyższe magisterskie Wyższe licencjackie Pomaturalne  Ponadgimnazjalne  | **Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej:** |  |
|  |
| **Kierunek:** |  |
| **Rok studiów:** |  | **Semestr:** |  |
| **Planowana data ukończenia studiów/uzyskania dyplomu:** |  |
| **OPIS: Student I roku – laureat olimpiad przedmiotowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym – proszę wymienić;****Student po I roku studiów – proszę podać średnią z ocen;****Dodatkowo, proszę opisać swoje dotychczasowe osiągnięcia (inne niż powyżej), dotychczasową i obecną aktywność naukową/administracyjną, zainteresowania naukowe.** |
|  |
|  |
| **UZASADNIENIE CHĘCI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
|  |
| **OŚWIADCZENIA** |
|  |
| **Oświadczam, że jestem studentem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.****Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.** ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy |

|  |
| --- |
| **UZASADNIENIE WYBORU STUDENTA/ODMOWY PRZYJĘCIA** |
|  |
|  ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis tutora |