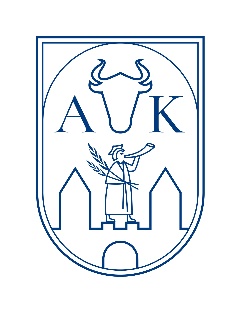
**Szkoła Doktorska Akademii Kaliskiej**

**im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu**

**Kwestionariusz osobowy kandydata**

**do Szkoły Doktorskiej Akademii Kaliskiej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejsce  na fotografię | 1. Imię (imiona) …………………………………………….…………………..……………….   Nazwisko .................................................................................................................................  Nazwisko rodowe ....................................................................................................................  Imiona rodziców ...................................................................................................................... | |
| 1. Data i miejsce urodzenia:   …...../….…./………..… …………………………..…………  (dzień/miesiąc/rok) (miejscowość) | | 3. Obywatelstwo:  ………………………………….……….. |
| ⁎W przypadku cudzoziemców:   1. Nazwa państwa urodzenia: ……………………………………..………………………………. 2. Karta Polaka: tak ⎕ nie ⎕ | | |
| 1. Numer ewidencyjny (PESEL), a w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało:   ……………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 1. Adres zamieszkania:   ……………………….................................................................................................................................................  (dokładny adres)  Numer telefonu: ………………………..….. Adres e-mail: ………………..….…………………….…………….  (proszę zapisać czytelnie)  Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):  ............................................................................................................................................................................................ | | |
| 1. Orzeczenie o niepełnosprawności: tak ⎕ nie ⎕ | | |
| 1. Wykształcenie wyższe magisterskie:   Nazwa uczelni i data uzyskania tytułu magistra: ............................................................................................................  ……………………………………………………………….………………………………………………….……….  Wydział: ……………………………………………………………………………………………………..….………  Kierunek: ...................................................................................................................... Nr dyplomu: .............................  Temat pracy magisterskiej: …………………………………………………………….………………..……………… ……………………………………………………………………………………………………………………………  Promotor pracy magisterskiej: ………………….………………………………….…………………………………… | | |
| 1. Znajomość języków obcych:   7.1. Język ……………………….……..…….., poziom ⎕A1, ⎕A2, ⎕B1, ⎕B2, ⎕C1, ⎕C2   * 1. Posiadane certyfikaty językowe, zaświadczenia: ……………………………………………………….………..   …………………………………………………………………………………………………………………….  *(należy dołączyć do podania o przyjęcie do Szkoły Doktorskiej)* | | |
| 1. Niniejszym oświadczam, iż nie podejmuję kształcenia oraz nie kształcę się jednocześnie w innej szkole doktorskiej, a także nie posiadam stopnia naukowego doktora.   …………………………………………………  *(czytelny podpis)* | | |
| 1. Niniejszym oświadczam, iż jestem świadomy(a), że z chwilą wpisania na listę osób przyjętych na I rok kształcenia w Szkole Doktorskiej Akademii Kaliskiej, nie mogę być zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w Akademii Kaliskiej lub jakiejkolwiek innej uczelni na stanowisku nauczyciela akademickiego lub pracownika naukowego.   …………………………………………………  *(czytelny podpis)* | | |
| 1. Deklaruję następującą dyscyplinę naukową *(właściwe zaznaczyć):*   ⎕ nauki o bezpieczeństwie  ⎕ nauki o zarządzaniu i jakości  ⎕ nauki o zdrowiu | | |
| 1. Elektroniczny identyfikator naukowca (numer ORCID), o ile kandydat posiada:   ……………………………………………. | | |
| 1. Informacja o rachunku bankowym kandydata:   Nazwa Banku: ……………………………….…………………………………………………………………….  Nr rachunku: ……………………………………………………………………………………………………… | | |
| ***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***  Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do niniejszej zgody, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu: przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego do Szkoły Doktorskiej Akademii Kaliskiej oraz w przypadku przyjęcia do Szkoły Doktorskiej – w celu dokumentowania przebiegu kształcenia.  .............................................................. ……………..................................................................  *(miejscowość i data*)  *(czytelny podpis)* | | |
| ***KLAUZULA INFORMACYJNA***   1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego z siedzibą przy ul. Nowy Świat 4, 62-800 Kalisz. 2. W Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 62 76 79 518 lub adresem e‑mail: [iod@akademia.kalisz.pl](mailto:iod@akademia.kalisz.pl). 3. W związku z przetwarzaniem przez Akademię Kaliską im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści danych, sprostowania danych, usunięci danych lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych. 4. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Akademię Kaliską im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO i ustawy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.   **Niniejszym, potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.**  .............................................................. ……………..................................................................  *(miejscowość i data*)  *(czytelny podpis)* | | |

**Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

........................................................................ .....................................................................................................

*(miejscowość i data) (podpis Kandydata)*