**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.
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)*