

FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE / KURS

SZKOŁA CHARYZMATYCZNA

STUDIA / KURS

Aplikuję na: *

DANE OSOBOWE

Nazwisko *

Imię pierwsze *

Imię drugie

Email *

Telefon *

Nazwisko rodowe *

Data urodzenia:

Rok *

Miesiąc *

Dzień *

Miejsce urodzenia (miejscowość, kraj) *

Obywatelstwo *

Pesel *

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu (dot. obcokrajowców) *

Dowód osobisty / paszport został wydany przez: *

* Pola wymagane

ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica*

Numer domu*

Numer mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)*

Miejscowość*

ADRES KORESPONDENCYJNY

Jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania, prosimy zaznaczyć poniższe pole i przejść dalej.

adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ EDUKACJI (dot. osób aplikujących na studia podyplomowe)

Nazwa ukończonej szkoły wyższej*

Miejscowość*

Rok ukończenia* Numer dyplomu ukończenia szkoły wyższej*

Data wypełnienia kwestionariusza*

Czytelny podpis*

* Pola wymagane

KOŚCIÓŁ

Data nawrócenia*

Data chrztu*

Miejsce chrztu*

Nazwa Kościoła, którego Kandydat jest członkiem*

Adres Kościoła:

Ulica*

Numer domu*

Numer mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)*

Miejscowość*

Służby, w które Kandydat jest zaangażowany w Kościele*

Czy sądzisz, że Bóg powołuje Cię do służby w Kościele?*

Określ dziedzinę, do której odczuwasz, że Bóg Cię powołuje:*

Inna:

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

Data wypełnienia kwestionariusza*

Czytelny podpis*

PŁATNOŚCI

Nazwisko*

Imię pierwsze*

Imię drugie

Email*

Telefon*

Studia czy kurs?*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe / kurs:*

(przed zaznaczeniem odpowiedzi prosimy o zapoznanie się z [tabelą opłat za studia i kursy](#))

- poprzez wpłatę roczną (płatność za rok akademicki 2018/2019 powinna zostać dokonana do 30 września 2018 r.)
- w dwóch ratach w ciągu roku (płatność I raty do 30 września 2018, II raty do 31 stycznia 2019)
- w dziesięciu ratach w ciągu roku (płatność do ostatniego dnia miesiąca zaczynając od września 2018)

Jeśli chce Pan / Pani otrzymać fakturę za opłatę za studia, proszę podać dane do faktury:

Nazwa firmy

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)

NIP

Miejscowość

Data wypełnienia kwestionariusza*

Czytelny podpis*

* Pola wymagane

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku rekrutacyjnym:

Z dnia*

rok	miesiąc	dzień
-----	---------	-------

Nazwisko*

Imię / imiona*

dla Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej w Warszawie ul. Wyborna 20, która jest administratorem moich danych osobowych, która jest integralną częścią Kościoła Zielonoświątkowego w RP z siedzibą w Warszawie ul. Sienna 68/70.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji procesu edukacyjnego, podczas uroczystości i nabożeństw, zajęć dydaktycznych na terenie WSTS w internecie, prasie, telewizji, broszurach informacyjnych i reklamowych.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

na otrzymywanie informacji o WSTS i realizowanych programach edukacyjnych za pośrednictwem poczty elektronicznej o adresie:

OBJAŚNIENIE

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 oraz regulaminem Kościoła Zielonoświątkowego dotyczącego ochrony danych osobowych z dnia 18 kwietnia 2018 informuję że:

- Administratorem danych osobowych jest:
Rektor Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej
Kierownik administracji z siedzibą w Warszawie ul. Wyborna 20.
- Przewodniczący KODO pełni funkcję inspektora ochrony danych osobowych, kontakt: dudzinski@gmail.com tel. 601 165 958.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Regulaminem i z zasadami statutowymi i wewnętrznymi Uczelni.
- Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia danego procesu, a później znajdują się w archiwum.
- Zachowane jest prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- Cofnięcie zgody może nastąpić na podstawie wypełnionego oświadczenia o cofnięciu zgody i wystanie pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną.
- Dopuszcza się możliwość złożenia skargi do Przewodniczącego KODO w przypadku uznania naruszenia przepisów Rozporządzenia i Regulaminu.
- Podanie danych osobowych jest konieczne i niezbędne do przedstawienia warunków zawartych we wniosku. Nie podanie danych osobowych będzie traktowane jako zakończenie procesów zawartych w oświadczeniu.

Data*

Miejscowość*

Czytelny podpis wyrażającego zgodę*

REKOMENDACJA DUSZPASTERZA KANDYDATA NA STUDIA PODYPLOMOWE / KURS

SZKOŁA CHARYZMATYCZNA

DANE KANDYDATA

Nazwisko*

Imię / imiona*

DANE OSOBY REKOMENDUJĄCEJ - DUSZPASTERZA

Nazwisko*

Imię / imiona*

Email*

Telefon*

KOŚCIÓŁ

Nazwa Kościoła, którego Rekomendujący jest członkiem*

Adres Kościoła:

Ulica*

Numer domu*

Numer mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)*

Miejscowość*

* Pola wymagane

REKOMENDACJA

1. Od jak dawna znasz kandydata na studia w Wyższej Szkole Teologiczno-Społecznej?*

Od roku

2. W jaką służbę zborową jest zaangażowany?*

3. Jak oceniasz jakość jego pracy?*

4. Czy kandydat ma predyspozycje kaznodziejskie?*

5. Czy kandydat ma predyspozycje przywódcze?*

6. Czy kandydat pozytywnie odnosi się do przywódców w zborze?*

7. Czy, na tyle znasz kandydata, że:*

Uzasadnij:*

8. Dodatkowe informacje

OŚWIADCZENIE REKOMENDUJĄCEGO

Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku rekomendującym kandydata:

Z dnia*

Nazwisko*

Imię / imiona*

dla Wyższej Szkoły Teologiczno-Spółecznej w Warszawie ul. Wyborna 20, która jest administratorem moich danych osobowych, która jest integralną częścią Kościoła Zielonoświątkowego w RP z siedzibą w Warszawie ul. Sienna 68/70.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

na otrzymywanie informacji o WSTS i realizowanych programach edukacyjnych za pośrednictwem poczty elektronicznej o adresie:

OBJAŚNIENIE

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 oraz regulaminem Kościoła Zielonoświątkowego dotyczącego ochrony danych osobowych z dnia 18 kwietnia 2018 informuję że:

- Administratorem danych osobowych jest:
Rektor Wyższej Szkoły Teologiczno-Spółecznej
Kierownik administracji z siedzibą w Warszawie ul. Wyborna 20.
- Przewodniczący KODO pełni funkcję inspektora ochrony danych osobowych, kontakt: dudzinski@gmail.com tel. 601 165 958.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Regulaminem i z zasadami statutowymi i wewnętrznymi Uczelni.
- Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia danego procesu, a później znajdą się w archiwum.
- Zachowane jest prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- Cofnięcie zgody może nastąpić na podstawie wypełnionego oświadczenia o cofnięciu zgody i wystanie pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną.
- Dopuszcza się możliwość złożenia skargi do Przewodniczącego KODO w przypadku uznania naruszenia przepisów Rozporządzenia i Regulaminu.
- Podanie danych osobowych jest konieczne i niezbędne do przedstawienia warunków zawartych we wniosku. Nie podanie danych osobowych będzie traktowane jako zakończenie procesów zawartych w oświadczeniu.

Data*

Miejscowość*

Czytelny podpis wyrażającego zgodę*