

# FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE

(dla osób bez polskiego obywatelstwa)

## KURS

Rodzaj kursu\*

## DANE OSOBOWE

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Email\*

Telefon\*

Nazwisko rodowe\*

Data urodzenia:

Rok\*

Miesiąc\*

Dzień\*

Miejsce urodzenia (miejscowość, kraj)\*

Obywatelstwo\*

Numer paszportu\*

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

Nazwa ukończonej szkoły średniej lub szkoły wyższej

Miejscowość

Rok ukończenia

Numer świadectwa dojrzałości lub 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\*

Rodzaj kursu\*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za kurs: \*

- poprzez wpłatę roczną (płatność powinna zostać dokonana do 30 września lub do 31 stycznia w przypadku studiów rozpoczynających się w semestrze letnim)
- w dwóch ratach w ciągu roku (płatność do 30 września i 31 stycznia)
- w dziesięciu ratach w ciągu roku (płatność do ostatniego dnia miesiąca zaczynając od miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie studiów)

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.
- 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 wysłanie 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 KURS

## DANE KANDYDATA

Nazwisko\*

Imię / imiona\*

Kurs, na który Kandydat aplikuje\*

## 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-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 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.
- Przewodniczący KODO pełni funkcję inspektora ochrony danych osobowych, kontakt:  
**[dudzinski@gmail.com](mailto: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 wysłanie 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\*