

FORMULARZ APLIKACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE / KURS

SZKOŁA CHARYZMATYCZNA

WYBÓR MODUŁÓW

Aplikuję na moduł/moduły: *

Proroctwo

Uzdrowienie

Egzorcyzm i walka duchowa

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

Nazwa ukończonej szkoły (wyższej / średniej / zawodowej itp.)*

Wykonywany zawód*

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*

Moduł(y)*

Proroctwo

Uzdrowienie

Egzorcyzm i walka duchowa

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wybrane moduły Szkoły Charyzmatycznej:*

- za jeden moduł w wysokości 700 zł (płatność powinna zostać dokonana najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie wybranego modułu)
- za dwa moduły w wysokości 700 zł za pierwszy moduł i 600 zł za drugi (płatność najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie wybranego modułu)
- za trzy moduły w wysokości 700 zł za pierwszy moduł, 600 zł za drugi i 500 zł za trzeci (płatność najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie wybranego modułu)

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 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 (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 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*