Załącznik Nr 39 do zarządzenia Nr 24/2010.
Rektora WUM z dnia 10.03.2010 r.

Warszawa, dn. ……

Student/studentka

……
(imię /imiona i nazwisko)

……
(nr albumu)

……
(kierunek studiów)

……
(specjalność)

……
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

……
(rok studiów, semestr)

Wniosek złożony dn. ……

Nr ewidencyjny: ……

Studium Medycyny Katastrof

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

o odbycie przysposobienia obronnego*

Proszę o zakwalifikowanie mnie na szkolenie z przysposobienia obronnego w r/a …….

Imiona rodziców: ……..

Nazwisko rodowe matki: ……..

Data i miejsce urodzenia: …… - …… - …… r. ……
dzień miesiąc rok miejsce urodzenia

Nr PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nr książeczki wojskowej: ……. przez kogo wydana: ……..

WKU (nazwa miasta/ dzielnicy) ……..

Kategoria zdrowia: ……

Adres zameldowania:

ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……

kod pocztowy …… – …… miejscowość ……..

powiat …… województwo ……..

Adres do korespondencji (gdy inny niż adres zameldowania)**:**

ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……

kod pocztowy …… – …… miejscowość ……..

powiat …… województwo ……..

Telefon kontaktowy (**obowiązkowo**): ……

Inne informacje (kursy, szkolenia, uprawnienia, certyfikaty): ……

……

……

Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. /Dz. U. Nr 133, poz. 883/ do celów kształcenia obronnego studentów.

czytelny podpis studenta/ studentki ……

* ***PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, PISMEM DRUKOWANYM***