

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**