Katowice, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres (ulica, kod pocztowy, nazwa miejscowości)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres korespondencyjny – jeśli jest inny od powyższego

(ulica, kod pocztowy, nazwa miejscowości)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mailowy

**Dyrektor**

**Akademickiego Centrum Kształcenia**

# **AWF Katowice**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na kurs specjalizacyjny\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(dokładna nazwa kursu)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jednostka szkoląca[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres jednostki szkoląca\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia specjalizacji\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zawód\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer prawa wykonywania zawodu\*\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W razie rezygnacji z uczestniczenia w kursie, zobowiązuję się w terminie do 7 dni od daty podjęcia decyzji, do pisemnego powiadomienia o tym fakcie biuro Akademickiego Centrum Kształcenia AWF Katowice.

Niniejszym zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za kurs, w wysokości wynikającej z właściwego zarządzenia JM Rektora AWF Katowice, w terminie ustalonym przez Dyrektora Akademickiego Centrum Kształcenia AWF Katowice, który zostanie mi przekazany za pośrednictwem wiadomości   
e-mailowej, wysłanej na powyżej podany przeze mnie adres e-mailowy.

Załącznik:

- kserokopia dyplomu ukończenia studiów

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis

Administratorem danych osobowych kandydatów na kursantów i kursantów jest Akademia Wychowania Fizycznego im. J. Kukuczki w Katowicach. Klauzula informacyjna, zawierająca informację o zasadach przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz prawach, jakie w związku z tym przetwarzaniem przysługują osobom, których dane osobowe są przetwarzane, znajduje się na stronie internetowej: [www.ack.awf.katowice.pl](https://ack.awf.katowice.pl/download/VGBUXLgBQLmg8VFZiSlIHWwZLUWRuHwgBBjcFbg8TWHdBA1hnRkk9WD9VFyw3ClVBDlBCeG5BTxIIIgRuDxNYd0EGTn9GFW1EMEICMQsGE1kWFAEnIhlPTks1AEUOVUBvBV4WLhdlYEcnXx49CxdCPxtDQxRjHQE-RiMIXQMrVXxXAyZkVWVgAwkfVnRKBVgPUVBJaicBDBcTMA1QORYZJjxWDS07Ui5ZMUkQOQsKbhRRAAAiLTJfUlt3T0ECEVhhQVsbJQMbdRUlXFYl/klauzula_ack_awf_kandydaci_wersja_2022.pdf)

1. *wypełniają osoby, które są w trakcie specjalizacji*

   *\*\* wypełniają osoby, które nie są w trakcie specjalizacji (np. fizjoterapeuta, lekarz, pielęgniarka, technik fizjoterapii)*

   *\*\*\* wypełniają osoby, które nie są w trakcie specjalizacji*  [↑](#footnote-ref-1)