

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres korespondencyjny

.....
numer telefonu oraz adres e-mail

.....
seria i numer dowodu osobistego/paszportu oraz nazwa organu wydającego dokument

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na przeniesienie z innej uczelni lub uczelni zagranicznej na kierunek studiów prowadzony przez Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego wraz z kompletem wymaganych dokumentów

Proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie w drodze przeniesienia na studia prowadzone przez Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego na kierunek:, rok:, semestr:, specjalność:

.....

Poziom¹, forma studiów²

Aktualnie studiuję

.....
(wpisać: nazwę uczelni, kierunek, rok, semestr, specjalność, poziom i formę studiów)

1. poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

2. forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w celu realizacji procesu przyjęcia na studia na UR, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
data złożenia oraz własnoręczny podpis

UZASADNIENIE zespołu weryfikującego:

.....

.....

.....

.....

.....

W drodze weryfikacji merytorycznej wniosku dokonanej przez kierownika kierunku, w oparciu o przedłożone dokumenty stwierdza się, że:

- ☐ istnieje możliwość podjęcia kształcenia;
- ☐ nie ma możliwości podjęcia kształcenia*

.....

DATA, PODPISY ZESPOŁU WERYFIKUJĄCEGO