**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA KANDYDATA NA STUDIA DOKTORANCKIE**

(prosimy o komputerowe wypełnienie formularza)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko rodowe** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** | dzień - miesiąc - rok:  miejsce urodzenia: |
| **Imiona rodziców** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Narodowość** |  |
| **Numer ewidencyjny PESEL** |  |
| **Dowód osobisty**  **(lub paszport – obcokrajowcy)** | seria i numer:  wydany dnia:  przez: |
| **Adres stałego zameldowania** | kod pocztowy i miasto:  ulica, nr domu i mieszkania: |
| **Adres korespondencyjny** | kod pocztowy i miasto:  ulica , nr domu i mieszkania: |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Ukończone studia**  (studia II stopnia, jednolite studia magisterskie lub równorzędne) | uczelnia:  kierunek:  specjalność (jeśli dotyczy):  rok ukończenia:  uzyskany tytuł: |
| uczelnia:  kierunek:  specjalność (jeśli dotyczy):  rok ukończenia:  uzyskany tytuł: |
| **Diamentowy Grant**  (jeśli dotyczy) | Data przyznania:  Tytuł projektu: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejscowość, data |  | własnoręczny czytelny podpis kandydata |