OBYWATEL UE **(na zasadach obowiązujących obywateli polskich)**

INFORMACJA O POSIADANYCH DOKUMENTACH

Imię i nazwisko – tak, jak w dowodzie lub paszporcie (zagranicznym):……

Adres e-mail z którego korzystasz (WPISZ DRUKOWANYMI LITERAMI):……..

Numer telefonu (taki, którego będziesz używał lub nr polski): ……

Numer PESEL z systemu IRK: ……..

Kierunek: ……

Studia: I stopnia / jednolite magisterskie (podkreśl odpowiednie)

Dokument	Mam	Nie mam	POTWIERDZAM DOKUMENT - kolumna dla pracownika UŚ	Uwagi
Podanie – ankieta osobowa ze zdjęciem (wydruk z systemu IRK)				
Dokument tożsamości – paszport (używany podczas wyjazdów zagranicznych), dowód osobisty lub inny dokument z danymi osobowymi				
Kopia dokumentu tożsamości – pierwszej strony paszportu (zagranicznego), obu stron dowodu lub innego dokumentu				
Świadectwo dojrzałości (ukończenia szkoły średniej) wraz z załącznikiem z ocenami – dokument wydany poza Polską musi być opatrzony pieczęcią apostille lub zalegalizowany				
Kopia świadectwa dojrzałości i załącznika z ocenami – z apostille lub legalizacją				
Tłumaczenie świadectwa i załącznika z ocenami wraz apostille albo legalizacją na język polski, wykonane przez tłumacza przysięgłego lub poświadczone przez konsula RP – jeśli oryginał jest w języku innym niż polski				
Zaświadczenie lekarskie z informacją o braku przeciwwskazań do podjęcia studiów na wybranym kierunku				
Tłumaczenie przysięgłe na język polski zaświadczenia lekarskiego – jeśli zaświadczenie jest w innym języku niż polski				
1 fotografia w formie papierowej podpisana z tyłu imieniem i nazwiskiem oraz numerem PESEL z systemu IRK				
Polisa ubezpieczeniowa na wypadek choroby lub następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce,				

Dokument	Mam	Nie mam	POTWIERDZAM DOKUMENT - kolumna dla pracownika UŚ	Uwagi
Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego lub potwierdzenie ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia – napisz datę ważności				
Kopia polisy ubezpieczeniowej na wypadek choroby lub następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce, EKUZ lub potwierdzenia ubezpieczenia w NFZ				

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są prawdziwe i zgodne ze stanem na dzień wypełnienia ankiety.

Miejscowość, data

Podpis