**STUDIUM PSYCHOLOGII PSYCHOTRONICZNEJ**

**Ankieta Osobowa**

**Kierunek kształcenia**\*:  **Miejsce nauki**\*:

☐ Psychologia psychotroniczna ☐ Białystok

☐ Terapie naturalne ☐ Warszawa

☐ Częstochowa

**Preferowany czas nauki**\*: ☐ Bydgoszcz

☐ 2 lata

☐ 2,5 roku

Imię

Nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia godz. ur.

Stałe miejsce zamieszkania

 kod poczt. miejscowość ulica

Adres do korespondencji

 telefon telefon komórkowy e-mail

Seria i numer dowodu osobistego PESEL

Miejsce pracy

Ukończone szkoły

Ukończone kursy

Motywacja do nauki

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. W przypadku ich zmiany w trakcie nauki zobowiązuję się do ich bezzwłocznego uaktualnienia.

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

 data czytelny podpis

Data wpłynięcia .............................................................................

\* zaznacz wybór x