

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

**Imię (imiona) i nazwisko**

PESEL.....

**Data i miejsce urodzenia**

**Liczba publikacji** ..... / w druku .....

**Miejsce pracy (zatrudnienia)**

**Miejsce wykonywania pracy doktorskiej:**

**Czy jest Pan/i pracownikiem WUM** TAK / NIE

**Czy jest Pan/i pracownikiem kliniki / zakładu WUM zatrudnionym na etacie szpitalnym** TAK / NIE

**zatrudnionym na etacie rezydenta** TAK / NIE

**Czy jest lub był/a Pan/i słuchaczem studiów doktoranckich WUM** TAK / NIE  
(jeśli tak, proszę podać który rok studiów lub data ich zakończenia)

**Adres do korespondencji:**

Adres e-mail:

**Telefony kontaktowe:** *praca*.....

*dom* .....

*komórkowy*.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia przewodu doktorskiego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 133 poz. 883) z późn. zm.*

Warszawa, dnia

podpis Doktoranta