Szczecin, dnia ………..…………….

…………………….…………....…..

(pieczątka jednostki organizacyjnej)

**KARTA OBIEGOWA studenta**

w związku z ukończeniem studiów/skreśleniem z listy studentów/przeniesieniem\*

\*właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Numer albumu …………………..…………. PESEL …………………………………………..

Kierunek

Rok studiów ...................... Poziom kształcenia i forma studiów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Administracja Osiedla Studenckiego**ul. Gen. Sikorskiego 31/32, tel. 91 449 40 63 | (pieczęć, podpis, data) |
| 2. | **Biblioteka Główna**ul. Ku Słońcu 140, tel. 91 449 42 93, 91 449 41 43 | (pieczęć, podpis, data) |
| 3. | **Jednostka** (instytut, katedra, zakład)Opiekun pracydyplomowej (promotor)…………………………………………….…………………………. | (pieczęć, podpis, data) |
| 4. | dotyczy tylko cudzoziemców**Dział Mobilności Międzynarodowej**ul. Pułaskiego 10, pok. 15, tel. 91 449 47 80 | (pieczęć, podpis, data) |
| … | ………………………….……………………………………………. | (pieczęć, podpis, data) |

Dokument wpłynął w dniu:

 …………..…………………..… podpis ………………..……………………

**Potwierdzenie odbioru dokumentów**

w związku z ukończeniem studiów/skreśleniem z listy studentów/przeniesieniem\*

\*właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Numer albumu ……………………………. PESEL ……………………………..…………………..

Kierunek

Rok studiów ...................... Poziom kształcenia i forma studiów

**Kwituję odbiór następujących dokumentów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Świadectwo dojrzałości nr .……….….…… – oryginał/odpis\*wydane przez ………………………………………………………1)\* właściwe podkreślić | (data, czytelny podpis) |
| 2. | Indeks nr albumu……………………….. 2) | (data, czytelny podpis) |
| 3. | Dyplom ukończenia studiów wyższych nr …………………wraz z 2 odpisami i suplementem do dyplomu  | (data, czytelny podpis) |
| 4. | Odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych (nr jw.) w tłumaczeniu na język obcy (angielski) | (data, czytelny podpis) |
| 5. | Odpis suplementu do dyplomu w tłumaczeniu na język angielski | (data, czytelny podpis) |
| 6. | Inne dokumenty:………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………. | (data, czytelny podpis) |

…………………………………..…..….. Dokumenty wydał: ………....………………………….…………………..

(pieczątka jednostki organizacyjnej) imię i nazwisko, stanowisko lub pieczątka imienna

……………………………...………….………

podpis

Adres do korespondencji (oraz nr telefonu) .…………………………………………….…………..…………………………

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie w celu monitorowania karier zawodowych swoich absolwentów zgodnie z art. 352 ust 14 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000) oraz art. 6 ust 1 lit. e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Adres e-mail ……………………………...………………..… ………………………………………………….

podpis
**1)**nie dotyczy, jeżeli w teczce akt osobowych studenta znajduje się poświadczona przez Uczelnię kopia świadectwa dojrzałości

**2)**nie dotyczy w przypadku dokumentowania przebiegu studiów w formie elektronicznej