Załącznik nr 3

do procedury postępowania w sprawie nadania stopnia doktora

nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię/imiona** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Pesel** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **Miejsce zatrudnienia** |  |
| **Adres zameldowania** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu moich danych osobowych oraz danych kontaktowych (adres e-mail, nr tel.) dla potrzeb wszczęcia postępowania w sprawie nadania stopnia doktora i w celu przeprowadzenia czynności w postępowaniu o nadanie stopnia doktora, w tym kontaktowania się ze mną w związku z przebiegiem postępowania.