

Załącznik nr 3

**Wniosek cudzoziemca do dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, ubiegającego się o wyrażenie zgody na przystąpienie do egzaminu dla cudzoziemców, kandydatów na studia medyczne, w dniu 16 lipca 2018 r. w Łodzi.**

Wniosek należy złożyć w okresie od 1 czerwca do 5 lipca 2018 r. na następujący adres: Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

1. Imię i Nazwisko:.....
2. Obywatelstwo (podać wszystkie posiadane).....
3. Adres do korespondencji.....
4. Numer telefonu:.....
5. Posiadam ważną Kartę Polaka<sup>1</sup>:      TAK                              NIE
6. Kurs przygotowawczy w roku akademickim...../.....odbywam/odbywałem(am) na następujących warunkach finansowych<sup>2</sup>:
  - a) odpłatność
  - b) bez odpłatności i bez świadczeń stypendialnych
  - c) stypendium RP (stypendium Ministra Zdrowia)
  - d) inne stypendium (wskazać czyje) .....
7. Ja.....<sup>3</sup>ubiegam się o przystąpienie do egzaminu dla kandydatów na studia medyczne w Polsce, który odbędzie się w roku....., w celu podjęcia studiów na kierunku.....<sup>4</sup>w roku akademickim...../.....na następujących warunkach finansowych.....<sup>5</sup>, w jednej z niżej wymienionych uczelni wyższych, zgodnie z kolejnością<sup>6</sup>:
  1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
  5. ....
  6. ....

---

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić.

<sup>2</sup> Właściwe podkreślić.

<sup>3</sup>Imię i nazwisko.

<sup>4</sup> Kierunek studiów np. lekarski, lekarsko-dentystyczny, farmacja, inny (wpisać nazwę kierunku studiów).

<sup>5</sup> Należy wpisać jeden z następujących warunków: 1) stypendium Ministra Zdrowia 2) bez stypendium Ministra Zdrowia i bez obowiązku ponoszenia opłat za kształcenie.

<sup>6</sup> Proszę wskazać 6 uczelni wyższych, w której kandydat chciałby odbyć studia medyczne wraz z uszeregowaniem uczelni według następującej kolejności: od uczelni, w której kandydat chciałby odbyć kształcenie w pierwszej kolejności do uczelni, w której chciałby podjąć kształcenie w najmniejszym stopniu (lista uczelni znajduje się na str. 3 niniejszego wniosku).

Ponadto oświadczam, że:

- 1) nie spełniam warunków określonych w art. 43 ust. 2 ustawy, w tym nie posiadam zezwolenia na pobyt stały na terytorium RP;
- 2) aktualnie nie posiadam statusu studenta w Polsce lub za granicą;
- 3) nie posiadam świadectwa maturalnego uzyskanego w Polsce;
- 4) nie jestem absolwentem uczelni wyższej w Polsce lub za granicą;

Administratorem danych osobowych jest Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa. Celem przetwarzania danych jest rozpatrzenie wniosków cudzoziemców ubiegających się o odbywanie studiów medycznych na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wniosku.

Złożenie wniosku do Ministra Zdrowia oznacza zapoznanie się z dokumentem pt. „Zasady dotyczące podejmowania i odbywania studiów medycznych w języku polskim przez cudzoziemców, głównie polskiego pochodzenia lub narodowości polskiej, na warunkach określonych przez Ministra Zdrowia w uczelniach przez niego nadzorowanych”.

Dokument znajduje się na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

.....

podpis i oznaczenie stanowiska  
upoważnionego pracownika

.....

(data, podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

Do wniosku należy dołączyć kopię karty pobytu na terytorium RP (ew. wizy).

### **Lista uczelni wyższych:**

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Gdański Uniwersytet Medyczny.
3. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
4. Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
5. Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
6. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
7. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.
8. Warszawski Uniwersytet Medyczny.
9. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
10. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.
11. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.