

PISMO OKÓLNE NR 2

**Rektora Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie
z dnia 22 marca 2013 r.**

w sprawie wprowadzenia wzoru karty obiegowej

1. Wprowadza się wzór karty obiegowej służący ustaleniu stanu zobowiązań studenta, uczestnika studiów doktoranckich oraz słuchacza studiów podyplomowych wobec uczelni, stanowiący odpowiednio załącznik nr 1, załącznik nr 2 oraz załącznik nr 3 do niniejszego pisma okólnego.
2. W stosunku do cudzoziemców odbywających praktyki w ramach podpisanych umów kartę obiegową wydaje się w przypadku korzystania z zakwaterowania w domu studenckim i/lub bibliotek Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie.
3. Dziekan może wprowadzić dodatkowe punkty do karty obiegowej uwzględniające specyfikę danego wydziału.
4. Kartę obiegową przechowuje się w teczce akt osobowych studenta, uczestnika studiów doktoranckich lub w teczce słuchacza studiów podyplomowych.
5. Traci moc pismo okólnie nr 7 Rektora ZUT z dnia 29 września 2010 r. w sprawie wprowadzenia wzoru karty obiegowej.
6. Pismo okólnie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor



prof. dr hab. inż. Włodzimierz Kiernożycki

Szczecin, dnia

.....
(pieczęć 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 pracy dyplomowej (promotor)	(pieczęć, podpis, data)
4.	<u>dotyczy wyłącznie cudzoziemców</u> Dział Kształcenia Sekcja Współpracy z Zagranicą al. Piastów 18, pok. 10, 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)

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej) Dokumenty wydał:
imię i nazwisko, stanowisko lub pieczęćka imienna

.....
podpis

Adres do korespondencji (oraz nr telefonu)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorski Uniwersytet Techniczny w Szczecinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celu realizacji przez ww. uczelnię obowiązku określonego w art. 13a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), tj. monitorowania karier zawodowych swoich absolwentów poprzez przeprowadzanie internetowej ankietyzacji absolwenta.

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

Szczecin, dnia

.....
(pieczęta jednostki organizacyjnej)

KARTA OBIEGOWA
uczestnika studiów doktoranckich*

w związku z ukończeniem studiów doktoranckich/skreśleniem z listy doktorantów**

* dot. również cudzoziemca uczestnika studiów doktoranckich

** właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Numer albumu PESEL

Dyscyplina naukowa

Rok studiów Forma studiów

1.	Administracja Osiedla Studenckiego ul. Gen. Sikorskiego 31/32, tel. 91 449 40 63	(pieczęć, podpis, data)
2.	Hotel Asystencki ul. Szwoleżerów 3, tel. 91 449 48 52 lub ul. Chopina 51, tel. 91 452 53 71	(pieczęć, podpis, data)
3.	Biblioteka Główna ul. Ku Słońcu 140, tel. 91 449 42 93, 91 449 41 43	(pieczęć, podpis, data)
4.	Jednostka (instytut, katedra, zakład) Opiekun naukowy	(pieczęć, podpis, data)
5.	Kwestura al. Piastów 17, pok. 216, tel. 91 449 45 25	(pieczęć, podpis, data)
6.	Dział Kształcenia al. Piastów 18, pok. 9, tel. 91 449 48 44	(pieczęć, podpis, data)
7.	(pieczęć, podpis, data)

Dokument wpłynął w dniu:

.....

.....
podpis

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTÓW

w związku z ukończeniem studiów doktoranckich/skreśleniem z listy doktorantów*

* właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Numer albumu PESEL

Dyscyplina naukowa

Rok studiów Forma studiów

Kwituję odbiór następujących dokumentów:

1.	Odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych nr wraz z suplementem do dyplomu	(data, czytelny podpis)
2.	Indeks doktoranta	(data, czytelny podpis)
3.	Inne dokumenty	(data, czytelny podpis)

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

Dokumenty wydał:
imię i nazwisko, stanowisko lub pieczęć imienna

.....
podpis

Adres do korespondencji (telefon):

.....

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorski Uniwersytet Techniczny w Szczecinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celu realizacji przez ww. uczelnię obowiązku określonego w art. 13a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), tj. monitorowania karier zawodowych swoich absolwentów poprzez przeprowadzanie internetowej ankietyzacji absolwenta.

Adres e-mail

.....
podpis

Szczecin, dnia

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

KARTA OBIEGOWA SŁUCHACZA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

w związku z ukończeniem studiów/skreśleniem z listy słuchaczy*

*właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Numer albumu PESEL

Kierunek

Rok rozpoczęcia studiów

1.	Biblioteka Główna ul. Ku Słońcu 140, tel. 91 449 42 93, 91 449 41 43	(pieczęć, podpis, data)
2.	(pieczęć, podpis, data)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTÓW

1.	Świadectwo ukończenia studiów podyplomowych	(data, czytelny podpis)
2.	Indeks nr albumu	(data, czytelny podpis)
3.	(data, czytelny podpis)

Dokument wpłynął w dniu:
.....
podpis

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej) Dokumenty wydał:
.....
imię i nazwisko, stanowisko lub pieczęćka imienna
.....
podpis

Adres do korespondencji (telefon)
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celu realizacji przez ww. uczelnię obowiązku określonego w art. 13a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), tj. monitorowania karier zawodowych swoich absolwentów poprzez przeprowadzanie internetowej ankietyzacji absolwenta.

Adres e-mail
.....
podpis