APPLICATION FORM

for study in the following accredited programmes in English:
"General Medicine and dentistry" at the Faculty of Medicine
of the University Masaryk in Brno
for the academic year **20… / 20…**

PERSONAL DATA

Given name:

Surname:

Date of birth:

Gender: male ☐ female ☐

Citizenship:

Academic degree:

Country of permanent residence:

Address (street, number, ZIP code, Town)

Phone number:

Email for communication:

QUALIFICATIONS

Level of previous educational institution:

Country of secondary school:

Year of secondary-school leaving exam:

Secondary school:

Secondary-school field of study:

Date of school-leaving exam:

Year of finishing:

OTHER PERSONAL DATA

Travel document number:

Marital status:

Maiden name:

Request for adapting entrance examinations due to health impairment or disability:

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **Parcours médecin** pour **la gestion du recrutement.** Elles sont conservées pendant **3 ans** et sont destinées **aux universités européennes choisi par le client**. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **parcours médecin, contact@parcoursmedecin.com**. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/*

APPLICATION FORM

☐ I do not require a change to the admission procedures

☐ I would like the university to respect my specific way of working during the admission procedure due to my medical condition.

Secondary-school leaving exam certificate:

Completing the secondary-school leaving examination is necessary for enrolment. Do not send the certificate by email; you will submit the authenticated copy of the document when enrolling in the studies.

Agreement to receive information:

☐ I agree and hereby give my consent to Parcours Medecin and to Masaryk University for three years free of charge

☐ I disagree

Consent to personal data processing:

In compliance with Act of GDPR, law of 20th June 2018 on Protection of Personal Data and on the Amendment of Certain Acts, I, below signed

Full name:

Date of birth:

Permanent address:

Hereby declare that my personal data, that for the purpose of application to study, I have voluntarily provided or will provide to the Parcours Medecin and the University Masaryk of Brno, Czech Republic are correct, truthful and accurate. In case of stating false personal information I will be held responsible for the consequences and associated costs. I agree with using, processing and archiving this data by Parcours Medecin and Masaryk University for the purposes of the admission procedure until the date of registration into the first year of study at the Masaryk University or for the period of 3 years in case of non-registration to study. Data will be archived and destroyed in line with respective laws and rules. This consent is valid until my written notice.

In …… on …….. Signature of applicant:

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **Parcours médecin** pour **la gestion du recrutement.** Elles sont conservées pendant **3 ans** et sont destinées **aux universités européennes choisi par le client**. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **parcours médecin, contact@parcoursmedecin.com**. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/*