|  |  |
| --- | --- |
| OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA STUDIÓW O WYRAŻENIU ZGODY  NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH   * NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI OBOWIĄZKÓW OKREŚLONYCH W USTAWIE PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM, * ADRESU E-MAIL W CELACH INFORMACYJNYCH * ODBIERANIE DECYZJI ORAZ INNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STUDIÓW  W SYSTEMIE TELEINFORMATYCZNYM UCZELNI | |
| W związku z przyjęciem na studia w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, iż moje dane osobowe zawarte w mojej aplikacji na studia będą przetwarzane przez Warszawski Uniwersytet Medyczny dla potrzeb niezbędnych do realizacji obowiązków określonych w ustawie z dnia 27.07.2005 Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w innych przepisach prawa, w tym dla celów związanych z realizacją procesu dydaktycznego przez wymagany przepisami prawa okres czasu, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.  Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail przez Warszawski Uniwersytet Medyczny  w celach informacyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (newsletter WUM) zgodnie  z przepisami o ochronie danych osobowych.  Wyrażam zgodę na odbieranie decyzji dotyczących mojej osoby oraz innych informacji  w systemie teleinformatycznym Uczelni.  W przypadku rezygnacji z odbierania decyzji w indywidualnych sprawach w powyższy sposób niezwłocznie poinformuję o tym Warszawski Uniwersytet Medyczny zważywszy na ryzyko uznania decyzji za doręczoną do momentu otrzymania przez Uczelnię informacji  o cofnięciu zgody. | |
| ...........................................  MIEJSCOWOŚĆ I DATA | ........................................................  PODPIS UCZESTNIKA STUDIÓW\* |