|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O NADANIE STOPNIA DOKTORA/DOKTORA HABILITOWANEGO/TYTUŁU PROFESORA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI OBOWIĄZKÓW OKREŚLONYCH W USTAWIE O STOPNIACH NAUKOWYCH I TYTULE NAUKOWYM ORAZ O STOPNIACH I TYTULE W ZAKRESIE SZTUKI |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w celach : - przeprowadzenia przewodu doktorskiego\* - postępowania habilitacyjnego\* - postępowania o nadanie tytułu naukowego profesora\* zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji obowiązków określonych w Ustawie o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki z dnia 14 marca 2003 r. z późn. zm. |
| ........................................... MIEJSCOWOŚĆ I DATA |   ........................................................ PODPIS osoby ubiegającej się |

 \* niepotrzebne skreślić