|  |  |
| --- | --- |
| 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