…………………………………………..

Data, miejscowość Dziekan

…………………………………………… Wydziału ………………………..

Imię i nazwisko Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

……………………………………………

Nr albumu

…………………………………………..

Kierunek

**UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

**w celu pobrania Informacji z Rejestru Sprawców na Tle Seksualnym**

Ja niżej podpisana/y…………………………………………………………………………………………………….….

oświadczam, że nie posiadam kwalifikowanego podpisu elektronicznego oraz nie mam możliwości utworzenia Profilu Zaufanego.

W związku z powyższym, poniżej udostępniam dane osobowe w celu samodzielnego pobrania przez Warszawski Uniwersytet Medyczny z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym – Rejestru z dostępem ograniczonym oraz Rejestru osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze, prowadzonych w systemie teleinformatycznym przez Ministra Sprawiedliwości – Informacji w odniesieniu do mojej osoby jako studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w związku z obowiązkiem wynikającym z programu studiów, odbycia przeze mnie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w placówkach medycznych lub oświatowych, których pacjentami lub podopiecznymi są osoby małoletnie. Przyjmuję do wiadomości, że pobrane Informacje z ww. rejestrów i przechowywanie ich w aktach studenta wynika z przepisu prawa art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 560). Przyjmuję do wiadomości, że Warszawki Uniwersytet Medyczny będzie przetwarzał poniżej podane dane osobowe oraz dane osobowe wynikające z pobranych zaświadczeń, w celach opisanych powyżej.

Imię ..........................................

Nazwisko ………………………………………

Nazwisko rodowe ………………………………………

Pesel (jeśli posiada) ………………………………………

Data urodzenia ………………………………………

Imię ojca ………………………………………

Imię matki ………………………………………

…………………………………..

Podpis