|  |
| --- |
| 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\* |