

OŚWIADCZENIE

O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a

niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia doktora oraz danych zawartych w załącznikach do wniosku tj.: imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres korespondencyjny, adres e-mail, telefon, stopień naukowy, nr ORCID.

Postępowanie doktorskie będzie prowadzone przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu na podstawie Ustawy z 20 lipca 2018 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2018 poz. 1668 z późn. zm.).

Warszawa, dn.

.....
(Czytelny podpis właściciela danych)

W oparciu o art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Ja niżej podpisany/a

wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail oraz numeru telefonu:

.....

przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Dział Obsługi Rady ds. Nauki i Doktorantów, w celach informacyjnych.

Zostałem/zostałam poinformowany/a przed wyrażeniem niniejszej zgody o tym, że mogę ją w dowolnym momencie wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Warszawa, dn.

.....
(Czytelny podpis właściciela danych)