**Formularz wyrażenia zgody przez osobę studiującą**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie …………………………………………

Kierunek …………………………………

Rok studiów ………………… Grupa …………………

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przekazywanie staroście roku danych osobowych mnie dotyczących w zakresie: numer albumu, wynik egzaminu/zaliczenia/uzyskanej punktacji\***

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

……………………………………………………………………

Administratorem danych jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Wypełnienie formularza zgody jest dobrowolne. Zgodę można cofnąć w każdym momencie zgłaszając ten fakt prowadzącemu zajęcia. Wycofanie zgody jest równoznaczne z zaprzestaniem przetwarzania danych osobowych, jednocześnie nie ma wpływu na działania podjęte przed jej wycofaniem. Oświadczenie będzie przechowywana w dokumentacji osoby studiującej przez czas przewidziany przepisami prawa lub do momentu wycofania zgody. Każdej osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania oraz modyfikacji, a także usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz sprzeciwu, co do przetwarzania danych i prawo do przenoszenia danych, ma również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego.

\*niepotrzebne skreślić

**Formularz wycofania zgody przez osobę studiującą**

Ja ……………………………………………………………………………………………………………………

Kierunek …………………………..……

Rok studiów ……………… Grupa …………………………

**Wycofuję zgodę na** **przekazywanie staroście roku danych osobowych mnie dotyczących w zakresie: numer albumu, wynik egzaminu/ zaliczenia/uzyskanej punktacji\***

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

…………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić