

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