



Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku  
57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 8, tel. 74 867 13 02

### ANKIETA OSOBOWA NA STUDIA II STOPNIA

Kierunek:..... Forma: stacjonarna ; niestacjonarna \*

Nazwisko:.....

Imię (Imiona):.....

Nazwisko rodowe:.....

Data i miejsce urodzenia: .....

Nazwa i numer dokumentu tożsamości : .....

PESEL: .....

Narodowość:..... Obywatelstwo:.....

#### Adres zamieszkania:

Ulica ..... Nr domu/mieszkania .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Gmina..... Powiat..... Województwo .....

#### Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica ..... Nr domu/mieszkania .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Gmina..... Powiat..... Województwo .....

e-mail: .....

Telefon komórkowy: .....

Imiona i nazwiska rodziców:.....

#### Wykształcenie:

Uczelnia:.....

Data ukończenia:..... kierunek studiów:.....

Tytuł:..... nr dyplomu:..... z dnia:.....

#### W razie wypadku powiadomić:

Nazwisko i imię:.....

Dokładny adres i numer telefon:.....

Czy Pan/ Pani jest zainteresowany/ a zakwaterowaniem w akademiku :

tak  nie

\*Właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku z siedzibą w Kłodzku, ul. Okrzei 8, w celu rekrutacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym informacją o celu i przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Kłodzko, dnia .....

.....

podpis

**ZDJĘCIE**  
(35 x 45 mm)

....., dn. ....

.....  
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 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 **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 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 przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku z siedzibą w przy ul. Okrzei 8, 57-300 Kłodzko,
- Inspektorem ochrony danych w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku jest Pani Magdalena Krawiec, e-mail [kanclerz@wsm.klodzko.pl](mailto:kanclerz@wsm.klodzko.pl).
- Dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem – rekrutacja,
- Dane będą udostępniane wyłącznie Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku,
- Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany w JRWA Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku,
- Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Wyższą Szkołę Medyczną w Kłodzku,
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy 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,
- Pani /Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,
- Dane podaję dobrowolnie.

.....  
(data, podpis - imię i nazwisko)