



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE

.....
nazwa studiów podyplomowych

1. Imię (Imiona) i nazwisko:

2. Data i miejsce urodzenia:

3. PESEL:

4. Narodowość: 5. Obywatelstwo:

6. Adres do korespondencji:

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina Powiat Województwo

e-mail:

Telefon komórkowy:

7. Wykształcenie:

Uczelnia:

Data ukończenia: kierunek studiów

Tytuł: nr dyplomu: z dnia

8. W razie wypadku powiadomić:

Nazwisko i imię:

Dokładny adres i numer telefon:

9. Oświadczam, że dane zawarte w punkcie 1,2,3 są zgodne z dowodem osobistym

Serianr.....wydanym przez.....

Albo innym dowodem tożsamości.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby kandydata na studia podyplomowe)

DECYZJA PRODZIEKANA

Przyjmuje/ nie przyjmuje Pana/ Panią* na

Nazwa Studiów Podyplomowych

.....
(podpis i pieczęć Prodziekana)

*niepotrzebne skreślić

....., 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.
- 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)