

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko)
zamieszkała/y.....
..... (kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania) zgodnie z art. 6 ust.1
lit. a, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 |z dnia 27 kwietnia
2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 WE (ogólne
rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE. L. 119/1 z 04. 2016) wyrażam zgodę na
przetwarzanie moich danych osobowych, takich jak zawartych we wniosku, celem rozpatrzenia
wniosku o stypendium dla studenta kierunku lekarskiego.

.....
(czytelny podpis)

Po przyznaniu stypendium przez Zarząd Powiatu Radomskiego wyrażam zgodę na
publikowanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko, osiągnięć oraz danych
wizerunkowych utrwalonych przez Starostwo Powiatowe w Radomiu poprzez ich
umieszczenie w publikacjach, biuletynie informacji publicznej, stronie internetowej urzędu,
facebooku itp.

.....
(czytelny podpis)