

.....  
Imię i nazwisko kandydata

.....  
miejsowość i data

.....  
adres e-mail

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zebranych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, Szkoła Doktorska ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań w celu i zakresie niezbędnym do udziału w procesie rekrutacyjnym kandydatów na studia doktoranckie. Przetwarzanie odbywa się zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 - dalej RODO, art.6, lit.a.

W przypadku wpisania kandydata na listę doktorantów dane wykorzystane przy rekrutacji zostaną przeniesione do systemów informatycznych Uczelni i będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami ochrony danych osobowych do celów Uczelni i zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu kształcenia.

Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

.....  
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę (kandydata)