\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA PODJĘCIE STUDIÓW  
NIEPEŁNOLETNIEJ KANDYDATKI / NIEPEŁNOLETNIEGO KANDYDATA  
W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM w LUBLINIE**

**Dane rodzica/opiekuna prawnego\*:**  
...................................................................................................................................................................................  
*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

**Adres zamieszkania**:

.....................................................................................................................................................................……………..

**Dokument tożsamości**:

...................................................................................................................................................................................  
*(seria i numer dokumentu tożsamości, data wydania)*

**Dane dziecka/ podopiecznego\*:**  
...................................................................................................................................................................................   
*(imię i nazwisko oraz data urodzenia dziecka/podopiecznego)*

**Adres zamieszkania:**

..................................................................................................................................................................................,

**Dokument tożsamości**:

...................................................................................................................................................................................  
*(seria i numer dokumentu tożsamości, data wydania)*

Ja niżej podpisany(na) działając jako przedstawiciel ustawowy swojego dziecka/podopiecznego**\*** na podstawie

przedłożonego do wglądu …………………………….................................………………………………………………………………….. *(akt urodzenia lub inny dokument np. orzeczenie sądu o ustanowieniu opieki i powołaniu opiekuna)****\*\**** *n*a podstawie *art. 17 Ustawy z dnia**23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tj. Dz.U. 2020 poz. 1740*) - **wyrażam zgodę na:**

1. udział mojego dziecka/podopiecznego**\*** w rekrutacji na studia w UML

.......................................................................................................................................................................   
 *(nazwa kierunku)*

− poziom studiów:**\*\*** □ jednolite studia magisterskie □ pierwszy stopień

− forma studiów:**\*\*** □ stacjonarne □ niestacjonarne

1. podjęcie przez moje dziecko/podopiecznego studiów wskazanych w pkt. 1, w szczególności złożenie podania o przyjęcie na studia, dokonania wpisu na te studia oraz ewentualnego złożenia rezygnacji z tych studiów, podpisania ślubowania, jak również składania wszelkich innych dokumentów i oświadczeń związanych z podjęciem i przebiegiem ww. studiów, w tym wszelkich próśb i wniosków *(także skutkujących powstaniem wobec Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zobowiązań finansowych);*
2. podpisanie oświadczenia o zapoznaniu się i akceptacji warunków odpłatności za studia w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie;
3. podpisania oświadczenia o zapoznaniu się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

Potwierdzam wszelkie oświadczenia, podania, wnioski, prośby, zgody i inne czynności prawne dokonane przez moje dziecko/podopiecznego w związku z rekrutacją i odbywaniem studiów w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie do momentu osiągnięcia pełnoletności/ustania opieki.

**Oświadczam, że znam i akceptuję warunki odpłatności za studia na UML i wynikające z tego zobowiązania finansowe.**

............................................................. .........................................................  
 (miejscowość, data, czytelny podpis) (PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO) **\*\*\***

***\**** *niepotrzebne skreślić,*

***\*\****  *właściwe zaznaczyć. Jeżeli małoletni nie jest reprezentowany przez rodzica, należ oznaczyć dokument, który stanowi podstawę do reprezentowania małoletniego,*

***\*\*\**** *w przypadku, gdy rodzic/przedstawiciel ustawowy nie jest obecny przy wpisie na studia, podpis musi być potwierdzony przez notariusza.*

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

1. Administratorem danych jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Aleje Racławickie 1, 20-059 Lublin, [www.umlub.pl](http://www.umlub.pl/). Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych: [iod@umlub.pl](mailto:iod@umlub.pl) lub pisemnie na adres Administratora danych.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celu przetwarzania. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu dokumentacji przyjęcia na studia oraz przebiegu studiów Pani/Pana dziecka/podopiecznego, na podstawie przepisów *Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* oraz aktów wykonawczych do tej ustawy przez czas trwania studiów, a następnie w celach archiwalnych przez okres 50 lat.
3. Dostęp do Pani/Pana danych posiadają upoważnieni przez administratora pracownicy i współpracownicy, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, dane mogą być ujawniane także podmiotom i ich pracownikom świadczącym usługi wymagające dostępu do danych – w tym: prawne, finansowe, księgowe i informatyczne.
4. Wskutek przetwarzania u administratora nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany *(bez udziału człowieka)*, w tym również w formie profilowania.
5. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości.**

........................................................... ...........................................................  
 (miejscowość, data, czytelny podpis) (PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO) **\*\*\***