

## 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)

