



---

## STUDIA PODYPLOMOWE

### „EXECUTIVE MBA W OCHRONIE ZDROWIA”

#### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zdjęcie

#### 1. Dane personalne:

Nazwisko.....

Imiona.....

Data urodzenia....., Miejsce urodzenia.....

województwo /dotyczy miejsca urodzenia/.....

Kraj otrzymania świadectwa dojrzałości lub jego odpowiednika .....

.....

Imiona rodziców.....

Nr PESEL.....

Adres do korespondencji.....

.....

Numery telefonów: ..... komórkowy .....

e-mail.....

#### 2. Wykształcenie:

Nazwa ukończonej uczelni.....

.....

Ukończony kierunek.....

Numer oraz data i miejsce wydania dyplomu .....

.....

#### 3. Dane dotyczące zatrudnienia:

Nazwa i miejsce zakładu pracy.....

Stanowisko.....

.....

*Dane osobowe zawarte w kwestionariuszu przekazuję mając świadomość, iż ich podanie jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji celu przetwarzania, tj. rekrutacji i kształcenia. Posiadam wiedzę, iż Administratorem Danych Osobowych zgromadzonych w związku z ubieganiem się o przyjęcie na studia podyplomowe i kształceniem jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raclawickich 1, 20 -059 Lublin.*

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie jako administrator danych osobowych informuje, że zgromadzone dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz kształcenia w stosunku do osób zakwalifikowanych na studia, a także celach statystycznych i archiwalnych, jak również ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń, w związku z realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora Danych. Podstawą przetwarzania danych są przepisy prawa oraz fakt, że jest to niezbędne do wykonania umowy, której jestem stroną oraz działań na moje żądanie przed jej zawarciem.*

*Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, nie będą również przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych. Będą one przetwarzane w okresie kształcenia, a także archiwizacji dokumentacji po zakończeniu procesu kształcenia, zgodnie z przepisami prawa i procedurami Uniwersytetu, zaś w przypadku ewentualnych roszczeń w okresach wynikających z przepisów prawa powszechnego. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, a także - w przypadkach przewidzianych przepisami prawa - ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych, ma prawo również złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiegokolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały profilowaniu.*

*Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem: [iod@umlub.pl](mailto:iod@umlub.pl)*

*Zostałem poinformowany o planowanej formie i zakresie wykorzystania moich danych, jak również podstawach przetwarzania danych i przysługujących mi prawach, a także, że złożenie niniejszego kwestionariusza i oświadczenia jest dobrowolne, jednak konieczne w realizacji celu przetwarzania.*

Data.....

Podpis.....

---

**Potwierdzam odbiór dokumentów:**

- odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych /poświadczoną kserokopię dyplomu
- zdjęcie legitymacyjne – 1 szt.

Lublin, dnia.....

Podpis.....