

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NIEPEŁNOLETNIEGO KANDYDATA NA STUDIA NA  
POMORSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W SZCZECINIE**

Oświadczenie wypełnia rodzic lub każdy opiekun prawny

Ja, niżej podpisany/niżej podpisana:

imię i nazwisko: .....

rodzic / opiekun prawny\*: .....

legitymujący/legitymująca się dokumentem tożsamości / paszportem

seria i nr: .....

oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestniczenie w procesie rekrutacji na kierunek.....na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie przez moje niepełnoletnie dziecko / osobę pozostającą pod moją opieką prawną\*. Akceptuję składanie w jego/jej imieniu podań, oświadczeń i wszelkich wniosków związanych z rekrutacją na studia prowadzone na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

W przypadku pozytywnego wyniku rekrutacji wyrażam zgodę na podjęcie studiów przez moje niepełnoletnie dziecko / osobę pozostającą pod moją opieką prawną\*, w tym na składanie podań, oświadczeń, wniosków (w tym w przedmiocie rezygnacji ze studiów) oraz dokonywanie innych czynności prawnych w związku z podjęciem i odbywaniem studiów na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji oraz zasadami odbywania studiów na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

miejsce, data

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE NIEPEŁNOLETNIEGO KANDYDATA NA STUDIA**

Ja, niżej podpisany/niżej podpisana:

imię i nazwisko kandydata: .....

oświadczam, że jako osoba niepełnoletnia jestem świadomy/świadoma, iż do czasu osiągnięcia przeze mnie pełnoletności osobami uprawnionymi do działania w moim imieniu w sprawach związanych z rekrutacją oraz przebiegiem studiów są moi rodzice/opiekunowie prawni. Przyjmuję do wiadomości, że do czasu osiągnięcia przeze mnie pełnoletności mogą oni uzyskiwać informacje o procesie mojej edukacji i innych sprawach związanych z przebiegiem studiów oraz dostęp do moich danych w tym zakresie.

.....

czytelny podpis kandydata na studia

.....

miejsce, data

**Klauzula Informacyjna ( RODO)**

Administratorem danych osobowych kandydata oraz rodzica/opiekuna prawnego jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie z siedzibą przy ul. Rybackiej 1, 70-204 Szczecin. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się pod adresem e-mail: [iod@pum.edu.pl](mailto:iod@pum.edu.pl). Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na studia, a w przypadku przyjęcia – w celu realizacji procesu kształcenia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c , art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, a także przepisami dotyczącymi dokumentacji przebiegu studiów. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych, w tym dotyczące okresu ich przechowywania, odbiorców danych oraz przysługujących praw (dostępu, sprostowania, ograniczenia, wniesienia skargi do Prezesa UODO), znajdują się na stronie internetowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie pod adresem: <https://www.pum.edu.pl/um/rodo/>