................................................................

(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, jako Administratora tych danych, w celu wzięcia udziału w procesie powołania członków Rady Uczelni na kadencję 2021-2024 i wykonywania obowiązków związanych z objętą funkcją..

................................................................

(czytelny podpis)