

2) podjęcie przez moje dziecko/podopiecznego* kształcenia na studiach wskazanych w pkt. 1, w tym dokonanie wpisu na listę studentów oraz ewentualne złożenie rezygnacji z tych studiów, jak również składanie wszelkich dokumentów i oświadczeń związanych z ich podjęciem i przebiegiem;

3) podpisanie umowy o warunkach odpłatności za studia w Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych. Oświadczam, że znam i akceptuję te warunki.

Potwierdzam wszelkie oświadczenia, podania, wnioski, prośby, zgody dokonane dotychczas przez moje dziecko/podopiecznego* w związku z rekrutacją i odbywaniem studiów w Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych do momentu osiągnięcia pełnoletności/ustania opieki.

.....
data i czytelny własnoręczny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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. Urz. UE L z 04.05.2016 r, Nr 119, s. 1) zwanego dalej „RODO” iż: 1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Gdańska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych, ul. Pelplińska 7, 80-335 Gdańsk.

.....
data i czytelny własnoręczny podpis rodzica/ opiekuna prawnego*

*prawidłowe podkreślić