Załącznik nr 2

do *Regulaminu Stypendium „Przyszłość Medycyny”*

(Zarządzenie nr 88/XV R/2020

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 5 maja 2020 r.)

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

(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE 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, na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu pn. Program Stypendialny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu „Przyszłość Medycyny”, w tym: weryfikacji spełnienia kryteriów uczestnictwa przez komisję konkursową, kontaktu z potencjalnym uczestnikiem, ewentualnego wpisania na listę rezerwową oraz poinformowania Darczyńcy finansującego Program o wyniku postępowania rekrutacyjnego.

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

(czytelny podpis Kandydata)

\*Udzielona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wyrażonej zgody przed jej cofnięciem.