 

***ZAŁĄCZNIK NR 1***

*do wniosku* o przyznanie stypendium studentowi kształcącemu się w szkole wyższej na kierunku lekarskim/pielęgniarskim\*

Zaświadczam, że, pan/pani ....................................................................................................,

posiada status studenta/ studentki

Uczelni: ......................................................................................................................................

Wydział: .....................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  .......................................................potwierdzenie Dziekanatu   | .......................................................data i podpis wnioskodawcy  |

\*niepotrzebne skreślić

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu "Dostępny lekarz" (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)*