**Rektor Uczelni Korczaka**

**AKTUALIZACJA DANYCH**

**DANE PERSONALNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PIERWSZE IMIĘ:** |  | **DRUGIE IMIĘ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA URODZENIA:**DZIEŃ-MIESIĄC-ROK |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **PŁEĆ:** |  | **KOBIETA** |  |  | **MĘŻCZYZNA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCE URODZENIA:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRAJ POCHODZENIA:** |  | **OBYWATELSTWO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ OJCA:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PESEL:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:** |  | **Seria i numer:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOKUMENT TOŻSAMOŚCI WYDANY PRZEZ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA WYDANIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:**DZIEŃ-MIESIĄC-ROK |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:**DZIEŃ-MIESIĄC-ROK |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KRAJ WYDANIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** | **ADRES ZAMIESZKANIA**(wypełnić jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania) |
| **Miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania :** |  |
| **Kod pocztowy i poczta:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach przez WSP im. Janusza Korczaka w Warszawie, jako Administratora Danych Osobowych, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kształcenia oraz przekazywanie moich danych osobowych innym podmiotom w celach realizacji procesu kształcenia, a także wypełnienia obowiązków informacyjnych, archiwizacyjnych i statystycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018.1000).

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie na podane przez siebie dane kontaktowe informacji handlowych przekazywanych przez WSP im. Janusza Korczaka w Warszawie drogą mailową, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. t.j. 2019.123,730), a także kontakt telefoniczny, zgodnie z ustawą prawo telekomunikacyjne (Dz. U. t.j. 2019.2460).

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach związanych z procesem kształcenia dla potrzeb kontaktu ze mną po ukończeniu studiów , zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000).

Student uprawniony jest w siedzibie WSP im. Janusza Korczaka. do wglądu do zgłoszonych danych osobowych, żądania ich poprawienia lub uzupełnienia, a także do usunięcia (w przypadku, gdy są gromadzone i przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub celem ich podania).

…………………………, dnia ........................................................ 2020 r. ..............................................................................

(podpis studenta)