# OŚWIADCZENIE

**DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH ABSOLWENTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Imię i nazwisko:* |  | | |
| *Nr albumu:* |  | | |
| *Kierunek:* |  | *Poziom studiów ( I lub II stopień)* |  |
| *Wydział:* |  | | |
| *Stały adres zamieszkania:* |  | | |
| *Telefon kontaktowy:* |  | | |
| *Adres e-mail:* |  | | |

*Na podstawie art. 23 ust.1 pkt.1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101 poz.926, z późniejszymi zmianami):*

* *Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* \*(niepotrzebne skreślić)***na uczestnictwo w badaniu losów absolwentów Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie****, które będzie prowadzone drogą elektroniczną, telefoniczną lub pocztową (zgodnie z Ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym)*
* *Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* \*(niepotrzebne skreślić) *na gromadzenie, wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie* ***wyłącznie w celach naukowo-badawczych***
* *Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* \*(niepotrzebne skreślić) *na gromadzenie, wykorzystywanie   
  i przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie* ***w celach związanych z działalnością statutową.***
* *Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*(niepotrzebne skreślić) na gromadzenie, wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego wizerunku przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie* ***w celach informacyjno-marketingowych.***
* *Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*(niepotrzebne skreślić) na gromadzenie, wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego wizerunku przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie* ***w celach edukacyjnych*.**

………………………………………………….. ………………………………………………………………  
 Data Czytelny podpis