**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH ABSOLWENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i Nazwisko* |  |
| *Nr albumu* |  |
| *Kierunek:* |  | *Poziom studiów( I lub II stopień)* |  |
| *Wydział:* |  |
| *Stały adres zamieszania* |  |
| *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 droga elektroniczną 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 przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie****, w celach informacyjnych***
* *Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* (niepotrzebne skreślić) na gromadzenie, wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie****, w celach edukacyjnych***

***……………………………………. ….………………………………***

 *Data Czytelny podpis*