

PEŁNOMOCNICTWO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DANE DZIECKA/ PODOPIECZNEGO*

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ [rodzaj/ numer/ seria]	
ADRES MAILOWY	
NUMER TELEFONU	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO [rodzic lub opiekun prawny*]

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ [rodzaj/ numer/ seria]	
DATA WYDANIA	
ORGAN WYDAJĄCY	

* niepotrzebne skreślić

Ja, niżej podpisany (-na) działając jako przedstawiciel ustawowy swojego dziecka/
podopiecznego* na podstawie załączonego:

aktu urodzenia dziecka

innego dokumentu (Jakiego?):

upoważniam Pana(ią) *(pełnomocnikiem może być tylko osoba pełnoletnia)*

DANE PEŁNOMOCNIKA

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ [rodzaj/ numer/ seria]	
DATA WYDANIA	
ORGAN WYDAJĄCY	

do działania w moim imieniu w zakresie dokonania wymaganych czynności związanych z procesem rekrutacji mojego dziecka/ podopiecznego* na studia w Warszawskiej Akademii Medyczno-Technicznej Nauk Stosowanych, w szczególności do:

- doręczenia wymaganych dokumentów związanych z procesem rekrutacji
- odbioru zaświadczenia o przyjęciu na studia

**Niniejsze pełnomocnictwo jest ważne wyłącznie wraz z oryginałem
lub kopią dokumentu tożsamości (dowodu osobistego lub paszportu).**

.....

(miejscowość, data)

..... PODPIS RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO*

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Od dnia 25 maja 2018 r. obowiązuje Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W związku z powyższym informujemy:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Warszawska Akademia Medyczno-Techniczna Nauk Stosowanych w Warszawie (02-366) przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18.
2. Z administratorem danych można skontaktować się poprzez adres email: administrator danych@wamt.edu.pl lub telefonicznie pod numerem +48 22 646 20 60 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z administratorem ochrony danych można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WAMTNS na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, co oznacza, że przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z uzasadnionych prawnie interesów realizowanych przez WAMTNS.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne i niezbędne do realizacji procesu edukacyjnego.
5. Ma Pan/i prawo do żądania od WAMTNS dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przenoszenia danych.
6. W przypadku stwierdzenia, iż przetwarzanie Pana/i danych osobowych następuje niezgodnie z RODO i ustawą o ochronie danych osobowych ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Odbiorcami Pana/i danych osobowych będą te podmioty, którym mamy obowiązek przekazywania danych, a także podmioty świadczące na rzecz WAMTNS usługi informatyczne, medyczne, edukacyjno-szkoleniowe, księgowo-kadrowe oraz podmioty dostarczające przesyłki pocztowe oraz kurierskie.
8. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres prowadzenia procesu rekrutacyjnego i edukacyjnego Pana/i dziecka/ podopiecznego, do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń, w tym czasu archiwizacji danych zgodnie z przepisami prawa, a następnie zostaną usunięte w sposób uniemożliwiający odczyt.
9. Pana/i dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, a także nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy, ani do organizacji międzynarodowej.

Administrator danych osobowych

Warszawska Akademia Medyczno-Techniczna Nauk Stosowanych

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam zapoznanie się z załączoną klauzulą informacyjną:

.....
(miejscowość, data)

.....
PODPIS RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO*

.....
(miejscowość, data)

.....
PODPIS PEŁNOMOCNIKA

* niepotrzebne skreślić