

.....
data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie
(pracownika ASP w Warszawie)

Imię i nazwisko studenta :
Nr tel.: e-mail:@cybis.asp.waw.pl
Adres do korespondencji:
Wydział: Rok studiów:
System studiów (zaznacz właściwe poprzez wstawienie w nawiasie znaku x):
 Stacjonarne Pierwszego stopnia
 Niestacjonarne Drugiego stopnia
 Jednolite magisterskie

OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO CZŁONKA RODZINY STUDENTA

- na potrzeby przyznania stypendium socjalnego / zapomogi ¹

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez Akademię Sztuk Pięknych w Warszawie; ul. Krakowskie Przedmieście 5; 00-068 Warszawa. Z inspektorem ochrony danych Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie można się kontaktować na adres e-mail: iodo@asp.waw.pl. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenia wniosku o przyznanie stypendium socjalnego/zapomogi studentowi i ewentualna realizacja świadczenia – podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c) rozporządzenia 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 (tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze). Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Akademię danych osobowych znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.asp.waw.pl/dane-osobowe/.

.....
Data i czytelny podpis członka rodziny studenta

¹ NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ