……………………..…………………….

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]](#footnote-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/](http://www.asp.waw.pl/dane-osobowe/).

……………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis członka rodziny studenta

1. NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ [↑](#footnote-ref-1)