

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU AMBASADORZY SZKOŁY DOKTORSKIEJ SUM

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Rok kształcenia w Szkole Doktorskiej/dyscyplina/rok i kierunek studiów	
Uzasadnienie (opis osiągnięć, zainteresowania członkostwo w organizacjach i. in.)	
Planowane działania	
Data i podpis	

OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Programu Ambasadorzy Szkoły Doktorskiej SUM (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).
2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na stronie SUM oraz w mediach społecznościowych, dotyczących informacji i postów związanych z Programem.

.....

Podpis doktoranta/studenta

Ocena Komisji Programu Ambasadorzy Szkoły Doktorskiej SUM	Uzasadnienie
<u>Decyzja</u> Pozytywna/Negatywna *	

Podpisy Członków Komisji:

.....

.....

.....

.....

.....

*Nieodpowiednie skreślić