

AKTUALIZACJA DANYCH

Łódź, dnia

Pan/Pani

.....
.....

Studia podyplomowe

.....

Zmiana dotyczy **(proszę o wpisanie danych tylko w tej części, która ulega zmianie):**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania, nr telefonu:

.....

3. Adres do korespondencji:

.....

.....

4. Nr i seria dowodu osobistego:

.....

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności karnej.

.....

data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi zgodnie z przepisami rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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) Dz.U.UE.L.2016.119.1

.....

data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
podpis i pieczęć pracownika

Centrum Kształcenia Podyplomowego