

Katowice,

Uniwersytet Śląski w Katowicach
ul. Bankowa 12
40-007 Katowice

Uniwersytet Śląski Młodzieży

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y

/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania, nr dowodu osobistego, nr telefonu/

jako rodzic/opiekun małoletniej/małoletniego*

/imię i nazwisko/

.....
/rok urodzenia/

oświadczam, że zapoznałem się z *Regulaminem Uniwersytetu Śląskiego Młodzieży*
i wyrażam zgodę na udział

/imię i nazwisko/

w zajęciach edukacyjnych w *Uniwersytecie Śląskim Młodzieży*.

.....
podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i małoletniej/małoletniego*, w celach obsługi przebiegu studiowania w ***Uniwersytecie Śląskim Młodzieży***. Dane te przetwarzane będą zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Powyższe dane osobowe podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści podanych danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....
podpis rodzica/opiekuna