Załącznik nr 5
do Regulaminu uczestnictwa w projekcie
„Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo –

utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie”

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA WE WSPARCIU**

|  |
| --- |
| Dot. ogłoszenia o naborze nr 15 z dnia 29 marca2019 r.do udziału do udziału w zajęciach dodatkowych dla studentów II roku kierunku Pielęgniarstwo  |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| 2. | PESEL |  |
| 3 | Adres zamieszkania |  |
| 7. | Telefon |  |
| 8 | E-mail |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych
z rekrutacją i udziałem w projekcie (zgodnie z art. 6 ust. 1 a 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016)

 ……………………………..

 podpis