****DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię:……………………………………………………………………

Nazwisko:………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia:………………………………………………

Numer albumu:…………………………………………………………

Rok:…………………………………………………………………….

Wydział i kierunek studiów:…………………………………………...

Stopień i rodzaj niepełnosprawności:…………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………………………

Adres poczty elektronicznej:………………………………………….

Telefon kontaktowy:………………………………………………….

Zgłaszam akces do Rady Studentów Niepełnosprawnych Uniwersytetu Zielonogórskiego i akceptuję jego założenia oraz zasady działania określone w statucie.

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w złożonej przeze mnie deklaracji, przez RSN UZ dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji i realizacji zadań Rady (zgodnie z Ustawą z dnia 25 maja 2018r. o Ochronie Danych Osobowych).*

*\* Posiadam wiedzę, że w każdej chwili mogę wycofać udostępnione dane*

Podpis i data: