

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Nr albumu

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

- Akademię Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
- placówkę przyjmującą mnie na praktykę zawodową w zakresie niezbędnym do:

- potwierdzenia odbywania przeze mnie praktyki,
- monitorowania przebiegu praktyki,
- kontaktu pomiędzy opiekunami praktyk,
- dokonania oceny efektów uczenia przewidzianych w programie studiów.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Zgoda obowiązuje przez okres realizacji praktyk oraz archiwizacji dokumentacji z nimi związanej.

.....
data podpis studenta