

ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз,

.....

/име на субекта на данни/

се съгласявам с това, че МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ може да обработва следните мои лични данни

Име, Презиме, Фамилия, ЕГН, Адрес, E-mail, Банкова сметка, Телефон, Информация за квалификации – дипломи, автобиографии, Информация за лична карта, Информация за медицинско състояние / болнични / ТЕЛК. Снимки, дигитални изображения на магнитен носител (видеозаписи).

за целите на

- Провеждане на учебна дейност
- Провеждане на изпити
- Научна дейност
- Международен обмен
- Провеждане на практики, стажове
- Публикуване на резултати от изпити на интернет страницата на Университета / Факултета
- Отпускане на стипендии
- Посещение на библиотеката на Университета / Факултета
- Издаване на уверения, справки и удостоверения
- Издаване на дипломи и Европейско дипломно приложение
- Настаняване в общежитие

Наясно съм и бях информиран, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването, като използвам "Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни", чрез изпращане по имейл на dro@tu-sofia.bg или по пощата на гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни.

.....

/име на субекта на данни/

Подпис:

Дата:
