



Rada Studentów Niepełnosprawnych
Uniwersytetu Zielonogórskiego
Al. Wojska Polskiego 69
65-762 Zielona Góra

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: