„PROGRAM ROZWOJU AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU"
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr wewnętrzny projektu 1/POKL/4.1.1./2008

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
Nr wewnętrzny projektu 1/POKL/4.1.1./2008

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych**.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pn. „Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu", ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pn. „Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu", ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

……	……
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU