|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Marta\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\B4C8F23.tmp | Miejscowość i data |
| **ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA PODJĘCIE STUDIÓW PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOLETNIĄ NA POLITECHNICE GDAŃSKIEJ**(Proszę wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI) |
| Wyrażam zgodę na podjęcie studiów oraz zawarcie umowy z Uczelnią przez moje niepełnoletnie **dziecko / osobę znajdującą się pod moją opieką prawną**\* |
| Dane osobowe osoby niepełnoletniej |
| Imię i nazwisko  |  |
| Data urodzenia | dzień-miesiąc-rok |
| Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości/paszportem\*  | seria i numer dokumentu |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz warunkami odbywania studiów na Politechnice Gdańskiej. Jestem świadom/a, iż kształcenie na studiach może wiązać się z ponoszeniem opłat za usługi edukacyjne. |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Politechnikę Gdańską do celów związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym na studia oraz przyszłym kształceniem mojego dziecka/ osoby znajdującej się pod moją opieką prawną\*, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). |
| Dane rodzica / opiekuna prawnego |
| Imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna |  |
| Legitymujący(a) się dokumentem tożsamości / paszportem\*  | seria i numer dokumentu |
| Adres stałego zamieszkania  | ulica, nr domu / nr lokalukod pocztowy miejscowość,kraj |
| Podpis rodzica / opiekuna prawnego/ |  |