

.....
imię i nazwisko członka rodziny

OŚWIADCZENIE O TERMINIE I OKRESIE, NA JAKI ZOSTAŁ UDZIELONY URLOP WYCHOWAWCZY, ORAZ CO NAJMNIEJ SZAŚCIOMIESIĘCZNYM OKRESIE POZOSTAWANIA W STOSUNKU PRACY BEZPOŚREDNIO PRZED UZYSKANIEM PRAWA DO URLOPU WYCHOWAWCZEGO

oświadczam, że w terminie od dozostał mi udzielony urlop wychowawczy przez
/ nazwa i adres pracodawcy /
oraz, że bezpośrednio przed uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego pozostawałam / pozostawałem w stosunku pracy w okresiemiesięcznym.

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a/ o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk zgodnie z którym „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668 ze zm.) zgodnie z którym "Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta" oświadczam, że:

1. przedstawione przeze mnie w niniejszym oświadczeniu informacje są **kompletne i zgodne ze stanem faktycznym**;
2. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed** (dotyczy wnioskodawcy)
3. wyrażam **zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A obejmujących imię i nazwisko w celu realizacji zadań uczelni związanych z przyznawaniem i wypłacaniem zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie u Inspektora Danych Osobowych (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystanie danych przed cofnięciem takiej zgody).
4. zapoznałem się z treścią poniższej **klauzuli informacyjnej**:
Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:
 1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a
 2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych adres email iod@gumed.edu.pl
 3. Pani/Pana dane osobowe:
 - a. przetwarzane będą w celu realizacji procesu nauczania w na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - b. nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
 - c. przechowywane będą przez okres 5 lat od ukończenia studiów,
 4. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a. dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania i prawo do przenoszenia danych,
 - b. wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce dotyczących przyznawania studentom pomocy materialnej.

W wypadku, gdy poszczególne elementy formularza nie zmieściły się w odpowiednich miejscach, ciąg dalszy zamieszcza się na kolejnych, ponumerowanych kartach formatu A4, ze wskazaniem uzupełnianego miejsca. Pod dodaną do formularza treścią należy złożyć podpis.

.....
data i podpis osoby oświadczającej