

.....
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 okresie miesięcznym.

OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/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 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, 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 wyptacaniem studentom świadczeń zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako: ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.). 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. 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 zadań uczelni związanych z przyznawaniem i wyptacaniem studentom świadczeń 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, usunięcia i ograniczenia przetwarzania,
 - 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.

.....
data i czytelny podpis osoby oświadczającej