

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA PODJĘCIE
STUDIÓW PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOLETNIĄ NA UNIWERSYTECIE
MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU/ COLLEGIUM MEDICUM IM.
LUDWIKA RYDYGIERA W BYDGOSZCZY**

(Proszę wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI)

Wyrażam zgodę na podjęcie studiów przez moje niepełnoletnie
dziecko / osobę znajdującą się pod moją opieką prawną* :

.....
(imię i nazwisko dziecka – zgodnie z pisownią w paszporcie)
data urodzenia
(dzień-miesiąc-rok)

Legitymujące się **dokumentem tożsamości / paszportem*** seria
i numer

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji
oraz warunkami odbywania studiów na Uniwersytecie Mikołaja
Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy. Jestem świadomy/a, iż kształcenie na studiach
wiąże się z ponoszeniem opłat za usługi edukacyjne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych
w niniejszym dokumencie przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu/Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy do celów związanych z postępowaniem
kwalifikacyjnym na studia oraz przyszłym kształceniem mojego
dziecka / osoby znajdującej się pod moją opieką prawną, zgodnie
z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
(Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

Dane rodziców / opiekunów prawnych:

1.
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego – zgodnie z pisownią w
paszporcie)
.....
(telefon kontaktowy)

legitymujący/a się **dokumentem tożsamości/paszportem*** seria
i numer

.....
(adres stałego zamieszkania – ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość,
kod pocztowy, kraj)

.....
(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

2.
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego – zgodnie z pisownią
w paszporcie)
.....
(telefon kontaktowy)

legitymujący/a się **dokumentem tożsamości/paszportem*** seria
i numer

.....
(adres stałego zamieszkania – ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość,
kod pocztowy, kraj)

.....
(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić

**CONSENT OF PARENTS/LEGAL GUARDIANS TO UNDERTAKE
STUDIES BY A MINOR AT NICOLAUS COPERNICUS UNIVERSITY
IN TORUŃ /RYDYGIER COLLEGIUM MEDICUM IN BYDGOSZCZ**

(Please fill in using CAPITAL LETTERS)

I hereby give consent to undertake studies by my underage
child/person under my legal guardianship*:

.....
(name and surname of the child – as on passport)
date of birth
(day-month-year)
proving his/her identity with the **ID/passport no***

I declare that I am familiar with the rules of admission
and the conditions of undertaking studies conducted
at Nicolaus Copernicus University in Toruń/Ludwik Rydygier
Collegium Medicum in Bydgoszcz. Furthermore, I am aware
that the University education is chargeable.

I hereby agree to the processing of my personal data included in
this document by Nicolaus Copernicus University in Toruń/Ludwik
Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, for the purpose
of the admission process and future education of my child/person
under my legal guardianship, as defined in the Act of August 29,
1997 on the Protection of Personal Data (Journal of Laws of 2016,
item 922, as amended).

Personal data of the parents/legal guardians:

1.
(name and surname of the parent/legal guardian – as on passport)
.....
(phone number)

proving his/her identity with the ID/passport* no.....
.....
.....
(address of permanent residence – street name, building number,
apartment number, town/city, post code, country)

..... (place, date) (parent's/legal guardian's signature)

2.
(name and surname of the parent/legal guardian – as on passport)
.....
(phone number)

proving his/her identity with the ID/passport no.
.....
.....
(address of permanent residence – street name, building number,
apartment number, town/city, post code, country)

..... (place, date) (parent's/legal guardian's signature)

* please cross out inapplicable options