**Załącznik 3**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

…………………………………….. …………………………

(imię i nazwisko) (data)

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, z siedzibą przy Wyb. L. Pasteura 1, 50‑367 Wrocław (Administratora danych), w celu przeprowadzenia wyborów na Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kadencję 2024-2028, w tym na potrzeby wskazania kandydatów na Rektora przez Radę Uczelni.

…….……………………….……………

(podpis osoby wyrażającej zgodę )