

....., dnia .....

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Nr albumu*

.....  
*Wydział, Kierunek studiów*

.....  
*Studia stacjonarne/niestacjonarne*

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na udział w badaniach losów zawodowych absolwentów prowadzonych przez Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie. Ponadto wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na otrzymywanie korespondencji w sprawie powyższych badań na adres e-mailowy:

.....

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r., nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) przez Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie dla prowadzonych badań losów zawodowych absolwentów.

\* *właściwe podkreślić*

.....  
*podpis studenta*