……………………………………………………………………… Łódź, ……………………. 2024r.

**Imię i nazwisko**

……………………………………………….…………………….

………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**

**OŚWIADCZENIE**

**W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisana/y, ………………………………………………………………………………..………………., numer pesel ……………………………………………………, w związku z § 5 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2019 r. w sprawie nagród ministra właściwego do spraw zdrowia dla nauczycieli akademickich (Dz. U. poz. 1150), oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia wniosku, przyznania oraz wypłacenia nagrody.

 …….………..……………………………………………….

 Czytelny podpis