



ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ - СТУДЕНТИ

Долуподписаният/та
ЕГН.....студент курс в, гр. София

Във връзка с участието ми в студентска мобилност по програма Еразъм+ през

академичната 20...../20..... год. с Договор №SM.....

декларирам, че давам, доброволно и информирано, изричното си съгласие на Медицински университет –София и Център за развитие на човешките ресурси – Националната агенция да: съхранява, борави, обработва и предоставя на трети лица, личните ми данни чрез автоматизирани системи и/или на хартия (български и чуждестранни физически и юридически лица, като: МОН, МТСП, български и чуждестранни работодатели, ЕК, МФ и др.), при спазване на законоустановения ред по ЗЗЛД.

Уведомен/а съм, че категориите лични данни, които могат да бъдат обработвани на основата на моето съгласие, са: физическа идентичност, трудова биография, академична справка, уверение, резултати от изпити, включително: трите имена и ЕГН; пол; възраст; националност; данни за контакт: телефон, мобилен телефон, e-mail, адрес на местоживеене по лична карта/паспорт; име на изпращащата институция, образователна степен и специалност; име на приемащата институция, продължителност на Еразъм престоя, цел на престоя; резултат от престоя – придобита образователна степен и квалификации; ползван език в приемащата институция; специални нужди на студента; медицинска информация и застраховка, общ размер на отпуснатата субсидия – основна и допълнителна; номер на банковата ми сметка, , по която да получа Еразъм гранта, съгласно изискванията на програма ЕРАЗЪМ+.

Достъп до личните ми данни ще имат: Медицински университет - София, международните партньори по проекти и академичен обмен, Националната агенция по програма „Еразъм+”, ЕК, както и национални и международни одитни организации.

Личните ми данни ще бъдат съхранявани в срок от: 10 години.

След срока на съхранение личните ми данни ще бъдат унищожени по следния ред:

- Данни на хартия – чрез нарязване с шредер машина;
- Електронни данни – чрез изтриване от електронната база данни.

Запознат/а съм с правата си на субект на лични данни, а именно право на:

достъп до личните ми данни; коригиране (ако данните са неточни); изтриване (правото да бъде забравен); ограничаване на обработването; преносимост на личните ми данни между отделни администратори; възражение срещу обработването на личните ми данни; жалба до надзорен орган; да не бъде обект на решение основаващо се единствено на автоматизирано обработване, включващо профилиране, което поражда правни последствия за мен като субект на данните или по подобен начин ме засяга в значителна степен; защита по съдебен или административен ред, в случай че правата ми на субект на данни са били нарушени.

Дата:.....

Декларатор:.....

(Подпис)