

.....
Data, miejscowość

Dziekan

.....
Imię i nazwisko

Wydziału

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

.....
Nr albumu

.....
Kierunek

**UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH
w celu pobrania Informacji z Rejestru Sprawców na Tle Seksualnym**

Ja niżej podpisana/y.....

oświadczam, że nie posiadam kwalifikowanego podpisu elektronicznego oraz nie mam możliwości utworzenia Profilu Zaufanego.

W związku z powyższym, poniżej udostępniam dane osobowe w celu samodzielnego pobrania przez Warszawski Uniwersytet Medyczny z Rejestru Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym – Rejestru z dostętem ograniczonym oraz Rejestru osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze, prowadzonych w systemie teleinformatycznym przez Ministra Sprawiedliwości – Informacji w odniesieniu do mojej osoby jako studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w związku z obowiązkiem wynikającym z programu studiów, odbycia przeze mnie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w placówkach medycznych lub oświatowych, których pacjentami lub podopiecznymi są osoby małoletnie. Przyjmuję do wiadomości, że pobrane Informacje z ww. rejestrów i przechowywanie ich w aktach studenta wynika z przepisu prawa art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 560). Przyjmuję do wiadomości, że Warszawski Uniwersytet Medyczny będzie przetwarzał poniżej podane dane osobowe oraz dane osobowe wynikające z pobranych zaświadczeń, w celach opisanych powyżej.

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Pesel (jeśli posiada)

Data urodzenia

Imię ojca

Imię matki

.....

Podpis