

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният, .....  
(изписват се трите имена на лицето по лична карта/паспорт),

ЕГН....., в качеството ми на кандидат-студент, изразявам и потвърждавам съгласието си администраторът Медицински университет, гр. Плевен с ЕИК по БУЛСТАТ 000405689 да събира, обработва, използва, съхранява и изтрива личните ми данни за целите на провежданата кандидатстудентска кампания от висшето училище, подsigурявайки, че личните данни се обработват в съответствие с изискванията на Регламент 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета на Европейския съюз и националното законодателство.

Информиран съм за:

- Целта и средствата на обработка на личните ми данни, в т.ч. регистрирането ми като кандидат-студент, обработката на изпитните работи, публикуването на резултатите, участието ми в класирането и записването ми като студент;
- Доброволния характер на предоставянето на личните ми данните, при и по повод участието ми в процедурата по кандидатстване, класиране и прием в Университета;
- Получателите или категориите получатели, на които могат да бъдат разкрити данните в изпълнение на нормативно установени задължения на Медицински университет - Плевен;
- Правото ми по всяко време да изисквам актуализация и информация относно ползването на личните ми данни.

Дата: .....

Подпис:

Място: .....