 

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

………………………………………………………

Imię i nazwisko, nr albumu

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych (imię, nazwisko, rok studiów, nr albumu, adres e-mail) Izbie Architektów RP w celu przetwarzania ich w aplikacji SYSTEM STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH IZBY ARCHITEKTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (SSPZ IARP), administrowanej przez IARP, mającej na celu umożliwienie aplikowania studentom WA PP na praktyki zawodowe.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych znajdują się na stronie <https://put.poznan.pl/ochrona-danych-osobowych>.

Zalogowanie się do SSPZ IARP oznacza akceptację zasad działania aplikacji oraz nie zwalnia
z zachowania procedury dokumentacji dotyczącej praktyk zawodowych, obowiązującej na WA PP (zgodnie z Wewnętrznym Regulaminem Praktyk Zawodowych WAPP).

………………………………….

czytelny podpis, data