



S Ú H L A S

dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov

Strana č. 1/1

Podpísaný (študent so špecifickou potrebou)

Titul, meno a priezvisko:

Fakulta:

v súlade s ustanovením Čl. 9 ods. 2 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), **týmto vyjadrujem výslovný súhlas Slovenskej poľnohospodárskej univerzity v Nitre so spracúvaním mojich osobných údajov týkajúcich sa zdravia** na účely vyhodnocovania mojich špecifických potrieb a rozsahu podporných služieb.

Zároveň súhlasím s kopírovaním (v nevyhnutne potrebnom rozsahu) mojej zdravotnej dokumentácie a úradných dokladov potrebných na účely vyhodnocovania špecifických potrieb a určenia podporných služieb.

Tento súhlas na spracúvanie osobných údajov platí počas trvania môjho právneho vzťahu k Slovenskej poľnohospodárskej univerzite v Nitre, t.j. na dobu trvania štúdia. Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/bola poučený/á o svojich právach pri spracúvaní osobných údajov a možnosti písomného odvolania tohto súhlasu.

V

dňa

vlastnoručný podpis študenta