**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**Долуподписаният/та** ……………………………………………………………....................,

*(собственоръчно изписани име, презиме и фамилия)*

с ЕГН: ........................................., Л.К № ………………………….., изд. на ................................г. от МВР - ............................... с постоянен адрес гр./с.................................................................. .........................................................................................................................................................

в качеството ми на субект на лични данни и при условията на Регламент (ЕС) 2016/679 подписвайки тази декларация,

**ДЕКЛАРИРАМ:**

С настоящата декларация, давам съгласието си на администратора Медицински университет – Плевен, с адрес гр. Плевен, ул. „Свети Климент Охридски“ № 1, да събира, обработва и съхранява, предоставените му от мен лични данни. Предоставянето на лични данни от мен, както последващото обработване, съхранение, предаване на трети страни от Медицински университет – Плевен е с цел: подаване на заявление за ***зачисляване в самостоятелна форма на обучение в докторска програма по специалност „..................................................“.***

Запознат/та съм с целта и средствата на обработка на личните данни, с правата и задълженията ми като субект на данни, както и с правата и задълженията на администратора, обработващ и съхраняващ личните ми данни, произтичащи от Регламент (ЕС) 2016/679.

Декларирам, че давам своето съгласие за обработване на лични данни свободно, съгласно волята си, и гарантирам верността на посочените в настоящата декларация данни.

Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

**ДЕКЛАРАТОР**:……………………………. **Дата:** …………. **20**.… **г.**

(…………………………………………………………...)

*име, презиме и фамилия на декларатора*