**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/ата, ................................................................................................. (*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 онлайн кандидатстудентска кампания от висшето училище за учебната 2023/2024 г., подсигурявайки, 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, обработка на изпитните работи, публикуване на резултатите, участието ми в класиране и записването ми като студент
* Доброволния характер на предоставянето на личните ми данни, 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.

Декларирам, че съм запознат/а с правилата за провеждане на онлайн изпит по биология за бакалавърските специалности.

**Декларирам изричното си съгласие по време на изпита, при условията на предоставен от мен достъп, квесторът да преглежда компютърната ми конфигурация за наличието на отворени други табове и браузъри, извън изискуемите за провеждането на изпита, чрез криптирана за целта връзка.**

*Дата ................................ Подпис:*