**ДЕКЛАРАЦИЯ**

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

ЛНЧ……...................................., 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, 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, 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: ....................................*