

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji przez Stowarzyszenia Absolwentów Instytutu Poligrafii PW na potrzeby realizacji celów statutowych SAIP PW zgodnie z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku, O ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 Poz. 883, jednolity tekst: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).

Mam prawo do wglądu, wnoszenia poprawek oraz usuwania moich danych osobowych.

Data __ - __ - ____ r.

Podpis

Dane osobowe i dane kontaktowe

Imię/imiona i nazwisko*

Adres*

Kod poczt.* __ - __ - ____, Miejscowość*, Woj.

Prywatne: tel.* (__) - - - , kom.*+48 - - - - - , mail:*

Służbowe: tel. (__) - - - - , kom. +48 - - - - - , mail:

Dane absolwenta Studiów Poligraficznych na Politechnice Warszawskiej

(Wypełniają tylko absolwenci ZTP IMiP WIP PW i absolwenci Instytutu Poligrafii PW.)

Imię/imiona i nazwisko (na dyplomie)*

(Należy wypełnić w przypadku gdy na dyplomie jest inne nazwisko.)

Rodzaj studiów:* magisterskie, inżynierskie, uzupełniające, podyplomowe

Forma studiów:* stacjonarne (dawniej dzienne), niestacjonarne (dawniej zaoczne), wieczorowe

Rok ukończenia studiów:* ____ r. Nr dyplomu/albumu

Informacje o miejscu pracy

Nazwa firmy

Adres

Kod poczt. __ - __ - ____, Miejscowość, Woj.

Stanowisko Data rozpoczęcia pracy __ - - - ____ r.

Informacje dodatkowe

Czy wśród Absolwentów jest Twój małżonek (żona/mąż), Twoje rodzeństwo (siostra/brat), Twoje dzieci (córka/syn)?

Nie , Tak Wskaż członka(ów) rodziny:

(W przypadku odpowiedzi „Tak” należy wpisać osobę(y) podając imię i nazwisko oraz rok ukończenia studiów, jeżeli jest znany.)

UWAGA. Wszystkie pola oznaczone gwiazdką (*) są obowiązkowe.

Uwagi i adnotacje SAIP PW