



CERTYFIKAT PRZYNALEŻNOŚCI AKADEMICKIEJ

ZA ROK AKADEMICKI*	2019/2020	2020/2021
--------------------	-----------	-----------

Wypełnia Zawodnik

IMIĘ I NAZWISKO			
DATA I MIEJSCE URODZENIA		NUMER ALBUMU	
UCZELNIA			
WYDZIAŁ			
NUMER LEGITYMACJI AZS / ISIC AZS / ITIC AZS		RODZAJ ZGŁOSZENIA	STUDENT / PRACOWNIK
RODZAJ STUDIÓW		ROK STUDIÓW	
Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za wyłudzenie poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że znam Regulamin Ogólny Integracyjnych Mistrzostw Polski AZS i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w Integracyjnych Mistrzostwach Polski AZS (wyniki / statystyki). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w rywalizacji sportowej w ramach IMP AZS.		czytelny podpis uczestnika	

Wypełnia Uczelnia (przedstawiciel Władz Uczelni lub osoba przez Niego upoważniona - pracownik Dziekanatu, Rektoratu)

W imieniu Uczelni potwierdzam zgodność danych przedstawionych w części I Certyfikatu ze stanem faktycznym.		
podpis i pieczęć osoby wypełniającej	data	oficjalna pieczęć Uczelni

Zgodnie z art. 12 ust. 1 i art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”) Akademicki Związek Sportowy, 00-056 Warszawa ul. Kredytowa 1A (zwany dalej „AZS”) przedstawia podstawowe informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, więcej <http://azs.pl/images/dokumenty/RODO-AZS.pdf>

* niewłaściwe skreślić.