

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego  
Kandydata niepełnoletniego)

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko Kandydata niepełnoletniego)

\_\_\_\_\_  
(PESEL Kandydata niepełnoletniego)

\_\_\_\_\_  
(kierunek)

jednolite studia magisterskie/studia I stopnia/studia II stopnia\*

studia stacjonarne/niestacjonarne\*

w języku polskim/w języku angielskim\*

**Komisja Rekrutacyjna**

**Wydziału \_\_\_\_\_**

**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO  
NA UDZIAŁ W REKRUTACJI ORAZ PODPISANIE OŚWIADCZEŃ  
PRZEZ STUDENTA NIEPEŁNOLETNIEGO**

W związku z ubieganiem się przez \_\_\_\_\_ w roku akademickim 2024/2025 w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na jednolite studia magisterskie / studia pierwszego stopnia / studia drugiego stopnia/ stacjonarne / niestacjonarne /\* kierunek \_\_\_\_\_, wyrażam zgodę na udział ww. mojego niepełnoletniego syna/ ww. mojej niepełnoletniej córki\* (wiek: \_\_\_\_ lat), w rekrutacji oraz podjęcie i odbywanie studiów, podpisanie przez niego / nią\* oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych i podpisanie informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez WUM, a także oświadczenia o zapoznaniu się z przepisami wewnętrznymi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz zobowiązania do terminowego wnoszenia opłat za usługi edukacyjne, które dotyczą kierunku, formy i języka, w którym będą prowadzone studia, na które zostanie przyjęty ww. Kandydat.

\_\_\_\_\_  
(podpis przedstawiciela ustawowego Kandydata niepełnoletniego)

\* Niepotrzebne skreślić