
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego
Kandydata niepełnoletniego)

Warszawa, dnia _____

(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 2026/2027 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