**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по Студентска мобилност**

Долуподписаният ……………………………………………………………………………….……………..

*(трите имена)*

ЕГН/ЛНЧ……………………., студент/докторант/специализант по ………………..……………………, курс ……, Ф. №…………....... в Медицински университет – Варна, във връзка с кандидатстването ми за участие в студентска мобилност - летен практически стаж в Русия, с настоящата декларация давам изричното си съгласие на Медицински университет – Варна да:

1. събира

2. обработва

3. съхранява

4. предоставя на трети лица (български и чуждестранни физически и юридически лица, като: посолства, университети, държавни органи и инстутуции), при спазване на законно установения ред по ЗЗЛД

следните мои лични данни:

1. трите имена;
2. ЕГН/ЛНЧ;
3. дата и място на раждане;
4. възраст;
5. пол;
6. номер, дата, място на издаване, валидност на задграничен паспорт;
7. гражданство/националност;
8. данни за контакт: телефон, мобилен телефон, e-mail, адрес на местоживеене;
9. резултат от престоя – придобита образователна степен и квалификации;
10. ползван език в приемащата институция, сертификат за установяване степента на владеене на език;
11. специални нужди на студента;
12. застраховка
13. информация, свързана със статута на студент/докторант/специализант;
14. снимка.

за целите на горепосочената мобилност и при необходимост от защита на мои законни права и интереси, съгласно българското и международното законодателство.

Уведомен/а съм и съм съгласен/съгласна, че за целите на отчетността и необходимостта от предоставяне на справки и отчети за дейността на Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна, предоставените от мен лични данни ще бъдат съхранявани в отдел „Международно сътрудничество“ на МУ-Варна за срок от 5 години от датата на приключване на лятната практика.

дата:…………………..

Декларатор:…………………………….

/подпис на декларатора/