

# STUDENCKA KOMISJA WYBORCZA

UNIwersytet Medyczny  
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU

Załącznik nr 4 do Komunikatu nr 6/2022

Popieram kandydaturę

Pani/Pana.....

(imię i nazwisko)

z wydziału..... kierunku..... roku..... grupy.....  
w wyborach do Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego UM w Poznaniu.

Lp.	Imię	Nazwisko	Nr indeksu	Kierunek	Rok	Grupa	Podpis
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							

19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Studentką Komisję Wyborczą przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w celu przeprowadzenia wyborów do Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego, zgodnie z Polityką prywatności Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (<https://www.ump.edu.pl/polityka-prywatnosci>).

**Uzupełnić drukowanymi literami. Skreślenia mogą być podstawą do unieważnienia zgłoszenia.**

**Wyrażam zgodę na publikację mojego imienia i nazwiska na stronie internetowej Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.**

**Zgodnie z Regulaminem Samorządu Studenckiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wymagane jest co najmniej 20 podpisów.**

Tel. kontaktowy kandydata: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adres e-mail kandydata : .....

Podpis kandydata: