## Kwestionariusz Osobowy Uczestnika

## Studium Życia Rodzinnego Archidiecezji Białostockiej

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Stan cywilny |  |
| Adres zamieszkania (proszę wpisać kod pocztowy) |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Nazwa i miejscowość parafii zamieszkania |  |
| Czy w Studium Życia Rodzinnego uczestniczy współmałżonek? |  |
| Chcę uczestniczyć we wszystkich / wybranym semestrze SŻR (właściwe proszę podkreślić) | Oba semstrySemestr ISemestr II |

**Oświadczenia:**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Wydział Duszpasterstwa Rodzin Archidiecezji Białostockiej z siedzibą w Białymstoku, ul. Kościelna 2, w celu realizacji procesu rekrutacji, zgodnie**z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie ochrony danych osobowych oraz art. 6 ust. 1 lit. a)**Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony**osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu**takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.**Urz. UE L 119, s. 1).*

Białystok, dnia ..................................... roku Podpis ...............................................................

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem Diecezjalnego Studium Życia Rodzinnego i pełni

akceptuję wymagania w nim zawarte.

Białystok, dnia ..................................... roku Podpis ...............................................................