**Zrzeszenie Studentów z Niepełnosprawnościami**

**Politechniki Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki**

31-866 Kraków, ul. Skarżyńskiego 9, pok. 617

e-mail: angelika.kopec@pk.edu.pl www: <http://www.zsn.pk.edu.pl>

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Pesel |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres w Krakowie |  |
| Adres e-mail |  |
| Telefon |  |
| Wydział i rok studiów |  |
| Symbol i stopień niepełnosprawności |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Zrzeszenia Studentów z Niepełnosprawnościami PK (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami))”

…………………………………………………. ………………………………………………………
 *miejscowość, data* *podpis*

Po zapoznaniu się ze Statutem proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych PK.

…………………………………………………. ………………………………………………………
 *miejscowość, data* *podpis*

|  |
| --- |
|  |

Zarząd Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych przyjmuje z dniem …………………… 20………… roku kol. ………………………………………………………………………………………
w poczet członków ZSzN PK.

…..…………………………………………………
*podpis Przewodniczącego Zrzeszenia*