*Załącznik nr 4*

*do Regulaminu Domu Studenta Akademii Piotrkowskiej*

*(Zarządzenie nr 4/2025 z dnia 8 maja 2025 roku Kanclerza Akademii Piotrkowskiej)*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE MIEJSCA W DOMU STUDENTA**

**okresie wakacyjnym**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Nazwisko……………………………………………… Imię……………………………………………

Pesel………………………………………………...… Numer albumu ………………………………

Kierunek studiów………………………………………………… Rok studiów………………………

Studia (*niewłaściwe skreślić*): I stopnia / II stopnia stacjonarne/niestacjonarne

Adres stałego zamieszkania: ……………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy…………………………………… Email…………………………………………

Kontakt do rodziców lub opiekunów……………………………………………………………………

**Proszę o przyznanie miejsca w Domu Studenta w pokoju** *(właściwe zaznaczyć):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⃝ 1-osobowym | ⃝ 2-osobowym | ⃝ 3-osobowym |
| Proszę o przyznanie miejsca dla: | **⃝** małżonka | **⃝** dziecka |

**Uzasadnienie wniosku:**

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Piotrkowska, z siedzibą przy ul. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski.*
2. *Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody wyrażonej poprzez złożenie wniosku o przyznanie miejsca w Domu Studenta oraz w celu jego realizacji związanej z zakwaterowaniem i zamieszkiwaniem w Domu Studenta Akademii Piotrkowskiej.*
3. *W przypadku pytań związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pisząc na wskazany w pkt 1 adres korespondencyjny z dopiskiem: Inspektor Ochrony Danych lub e-mailowo pod adres poczty elektronicznej: rodo@apt.edu.pl.*

......................................................... dnia ............................... …………..………………………………………………..……

 *miejscowość data czytelny podpis studenta*

**DECYZJA**: przyznano / nie przyznano miejsce w DS w pokoju nr …………………..

......................................................... dnia ............................... …………..………………………………………………..……

 *miejscowość data czytelny podpis pracownika DS*