**SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO**

20\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.

Vilnius

|  |  |
| --- | --- |
| Aš, | Vardaitis Pavardaitis, a. k. XXXXXXXXXXX |
|  | *(vardas, pavardė, asmens kodas)* |

, sutinku, kad

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslo, inovacijų ir doktorantūros skyrius tvarkytų šiuos mano asmens duomenis: vardas, pavardė, asmens kodas, telefono numeris, elektroninio pašto adresas.

Sutinku, kad duomenys būtų naudojami skaičiuojant mokslinės veiklos balą ir mokslinės veiklos balas būtų perduodamas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Studijų skyriui.

Sutinku, kad mano pateikti duomenys bus saugomi Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslo, inovacijų ir doktorantūros skyriuje iki 2024-06-27.

Esu informuotas (-a), kad įstatymų nustatyta tvarka aš turiu teisę *inter alia*:

* būti informuotas (-a) apie savo asmens duomenų tvarkymą;
* susipažinti su savo asmens duomenimis;
* reikalauti ištaisyti savo asmens duomenis;
* nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| *(vardas, pavardė)* |  |  | *(parašas)* |