**Formularz Zgłoszenia Pracy Dyplomowej**

**Do konkursu na najlepszą pracę dyplomową dotyczącą problematyki**

**stwardnienia rozsianego (SM)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko autora pracy: |  |
| Nr tel |  |
| Mail |  |
| Adres |  |
| Tytuł pracy: |  |
| Praca magisterska/licencjacka / niepotrzebne skreślić/ |  |
| Data obrony pracy: |  |
| Imię i nazwisko, tytuł naukowy promotora pracy: |  |
| Pełna nazwa jednostki /wydziału/instytutu/, w ramach której praca powstała i została obroniona: |  |

Oświadczenie autora pracy dyplomowej

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora Konkursu na najlepszą pracę dyplomową dotyczącą problematyki stwardnienia rozsianego w celach wynikających z regulaminu tego Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami**

Data, miejscowość Podpis autora