

ДИДАКТИЧНИЙ ЦЕНТР СТУДЕНТСЬКА ЮРИДИЧНА КЛІНІКА ЮРИДИЧНОГО
ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ ГУМАНІТАРНИХ І СОЦІАЛЬНИХ НАУК SWPS
UL. CHODAKOWSKA 19/31, 03-815 WARSZAWA
ТЕЛ. 22 517 96 14

Номер звернення:

Заява особи, зацікавленої в отриманні юридичної консультації

1. Підтверджую, що моє фінансове становище не дозволяє покрити витрати на професійну юридичну допомогу і цим запитом не займається адвокат, юрисконсульт або інша особа, яка надає професійну юридичну допомогу, а також студентські юридичні клініки інших навчальних закладів.
2. Підтверджую, що ознайомився з Інформацією про порядок надання консультацій Студентською Юридичною Клінікою (далі: "СЮК"), що надаються в рамках Дидактичного центру Студентська Юридична Клініка (далі: "Центр СЮК") Університету гуманітарних та соціальних наук SWPS (далі "SWPS"), а також Регламентом Центру СЮК.
3. Підтверджую те, що мені відомо, що:
 - 1) СЮК розглядає виключно звернення осіб, фінансове становище яких не дозволяє їм звернутися за професійною правовою допомогою;
 - 2) у разі якщо СЮК стане відомо, що підтвердження скрутного фінансового становища, викладене у пункті 1 цієї заяви, не відповідає дійсності (у тому числі щодо звернення зацікавленого за професійною правовою допомогою), СЮК припинить роботу з цим зверненням;
 - 3) юридичну консультацію надає студент юридичного факультету Університету SWPS, учасника відділення СЮК під керівництвом Куратора відділення;
 - 4) консультація має рекомендаційний характер, її метою є роз'яснення всіх істотних обставин та можливих шляхів вирішення цього питання, рішення щодо подальших дій для його вирішення Клієнт приймає самостійно;
 - 5) Університет SWPS, його співробітники та студенти не несуть відповідальності у разі виникнення шкоди внаслідок консультації або її ненадання, за винятком випадків навмисного заподіяння шкоди.
4. Мені відомо, що я можу повідомити Правління Фонду Університетських Юридичних Клінік про характер наданої юридичної допомоги у письмовій формі за адресою:
ul. Szpitalna 5 lok. 5, 00-031 Warszawa або за допомогою електронної пошти:
zarzad@fupp.org.pl.
5. Також я поінформований про те, що надання цієї заяви є добровільним.

Варшава, дата.....

Ім'я, прізвище.....

Телефон, e-mail.....

(Підпис заявника).....

ДИДАКТИЧНИЙ ЦЕНТР СТУДЕНТСЬКА ЮРИДИЧНА КЛІНІКА ЮРИДИЧНОГО
ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ ГУМАНІТАРНИХ І СОЦІАЛЬНИХ НАУК SWPS
UL. CHODAKOWSKA 19/31, 03-815 WARSZAWA
ТЕЛ. 22 517 96 14

Декларація особи, зацікавленої в отриманні юридичної консультації, щодо згоди на обробку спеціальних категорій даних

Підтверджую, що добровільно надаючи конфіденційні дані спеціальної категорії I (персональні дані, зазначені у статті 9.1 Генерального регламенту про захист персональних даних – розпорядження Європейського союзу № 2016/679) з метою отримання юридичної допомоги з боку СЮК, я висловлюю згоду на обробку Університетом SWPS моїх даних з метою надання вищезазначеної допомоги.

Згода на обробку даних може бути відкликана на кожному етапі, що не вплине на законність обробки, що здійснюється на підставі цієї згоди до його відкликання, але перешкоджає подальшій обробці даних та роботі над зверненням.

Варшава, дата.....

.....

(Підпис заявника)