

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

สำหรับการจัดเก็บใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้อง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เลขทะเบียนนักศึกษา

☐ “ให้” ความยินยอม

☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้มหาวิทยาลัยจัดเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าอันได้แก่ใบ รับรองแพทย์ ข้อมูลสุขภาพ เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้องของข้าพเจ้า

การไม่ให้ความยินยอม จะส่งผลให้มหาวิทยาลัยไม่สามารถพิจารณาคำร้องของท่านให้เป็นไปตามกระบวนการที่มหาวิทยาลัยได้กำหนดไว้

ทั้งนี้ก่อนแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูลหรือได้รับคำอธิบายจากมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมใช้หรือประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจปราศจากการบังคับหรือชักจูงและข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่กรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายอื่นๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง