

**Wniosek o udostępnienie
pracy dyplomowej/rozprawy doktorskiej**

Nr/.....

Wnioskodawca:

Katowice,

.....
imię i nazwisko

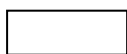
.....
adres zamieszkania

.....
*nr albumu, rok i kierunek studiów
(w przypadku studenta/doktoranta)*

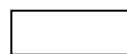
Archiwum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Proszę o udostępnienie pracy dyplomowej/rozprawy doktorskiej*

.....
.....
(imię i nazwisko autora, tytuł pracy lub nazwa serii archiwalnej, sygnatura archiwalna)



w wersji papierowej



na nośniku danych

Uzasadnienie udostępnienia pracy dyplomowej/rozprawy doktorskiej*

.....
.....
(imię i nazwisko opiekuna/promotora – w przypadku studentów i doktorantów, nazwa instytucji)

Niniejszym oświadczam, że:

zobowiązuję się przestrzegać praw autorskich, ochrony danych osobowych, ochrony informacji niejawnych oraz zasad korzystania z materiałów archiwalnych, a w szczególności przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) udostępnienie pracy odbywa się wyłącznie na sprzęcie Archiwum i zakazane jest korzystanie w tym przeglądanie udostępnionych mi zasobów przy użyciu własnego sprzętu,
- 2) zakazane jest wynoszenie udostępnionych materiałów poza teren Archiwum, kopiowanie, fotografowanie, skanowanie lub przepisywanie,
- 3) po zakończeniu korzystania z udostępnionych danych zobowiązany jestem do oddania przekazanych materiałów w formie papierowej lub na nośniku danych pracownikowi Archiwum.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadom, iż w razie naruszenia praw autorskich autorów udostępnionych prac, ponosić będę wyłączną odpowiedzialność z tytułu naruszenia tych praw.

.....
(podpis wnioskodawcy)

TAK / NIE*

(decyzja Kierownika Archiwum)

.....
(podpis Kierownika Archiwum)

* niepotrzebne skreślić