

Data:..... godz.:

Nr podania:

--

Nazwisko i imię

Kierunek:

Studia

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Przewodniczący Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej

.....
(tytuł, imię i nazwisko)

PODANIE O PRZYJĘCIE NA I ROK STUDIÓW
W ROKU AKADEMICKIM.....

Dane osobowe:

Nazwisko:	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko panieńskie:	
Pesel:	
Nr dowodu lub innego dowodu tożsamości:	
Płeć:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
Obywatelstwo:	
Imię ojca:	
Imię matki:	

Adres stałego zameldowania:

Ulica:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	

Adres do korespondencji:

Ulica:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Świadectwo dojrzałości:

Stara matura ☐

Nowa matura ☐

Zagraniczna matura ☐

Kryteria przyjęcia:

.....

Znajomość języków obcych: brak słaba dobra biegła

j. angielski:	☐	☐	☐	☐
j. niemiecki:	☐	☐	☐	☐
j. francuski:	☐	☐	☐	☐
j. rosyjski:	☐	☐	☐	☐

Ukończona szkoła średnia:

Nazwa szkoły:

Miejscowość:

Rok ukończenia:

Jestem studentem:

(nazwa uczelni)

Deklaruję, że będę zdawał
egzamin wstępny w SUM:

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(Podpis czytelny)

Oświadczenia

1. Świadoma(y) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zamieszczone w formularzu podczas elektronicznej rejestracji podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

2. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z uchwalonymi przez Senat Uczelni zasadami rekrutacji obowiązującymi w roku akademickim (Uchwała Nr.....Senatu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z dnia) i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

3. Oświadczam, iż w razie zakwalifikowania mnie do przyjęcia na studia, zobowiązuje się do osobistego stawiennictwa lub stawiennictwa osoby posiadającej pełnomocnictwo do podejmowania czynności prawnych w imieniu kandydata i złożenia pisemnej deklaracji podjęcia studiów (wpisu na I rok studiów wraz z wymaganymi dokumentami) w terminie wskazanym przez Uczelnianą Komisję Rekrutacyjną.

4. Oświadczam, że złożone przeze mnie informacje wraz z pisemną deklaracją podjęcia studiów w pełnym zakresie(tzw. wpis na I rok studiów), będą przetwarzane przez Uczelnię w celach statystycznych, w formie zanonimizowanej.

5. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z poniższymi informacjami wynikającymi z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO:

1) Administratorem Danych Osobowych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600/3630, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;

2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych dostępne są pod numerem tel. 32 208 3600/3630 lub na stronie internetowej sum.edu.pl oraz iod.sum.edu.pl;

3) Dane osobowe przetwarza się w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na studia oraz obsługi toku studiów na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz.U. 2021 poz. 478) w związku z art. 6 ust. 1 lit. a i lit. c RODO;

4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Odbiorcami danych mogą być także kontrahenci i licencjodawcy usług informatycznych SUM oraz inne organy publiczne realizujące usługi, szczególnie w zakresie obsługi toku studiów prowadzonych w SUM, które zwrócić się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych;

5) Dane będą przechowywane przez ustalony okres, zgodnie z zasadą minimalizacji i adekwatności na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących, a w szczególności:

5.1. Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (Dz.U.2018 poz. 1861 z późn. zm.).

5.2. Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t. j. Dz. U. 2020 poz. 164).

6) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, na zasadach określonych w RODO;

7) Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

8) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

9) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji i obsługi toku studiów. Niepodanie danych osobowych skutkować będzie wyłączeniem kandydata z procesu rekrutacji;

10) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

11) W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia ww. treści, możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych SUM, którego dane kontaktowe dostępne są na stronie internetowej <http://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 208 3600.

6. Oświadczam, że jestem świadoma(y), iż studia na kierunku lekarskim prowadzone są w dwóch lokalizacjach: w Katowicach i w Zabrzu. Wskazanie przez mnie danej lokalizacji ma jedynie charakter informacyjny, natomiast ostateczną decyzję w tym zakresie podejmuje Uczelniana Komisja Rekrutacyjna.

.....
(Podpis czytelny)

Date:

Application No:

--

Candidate's last and first name:

Field of study

Medical University of Silesia in Katowice
Head of the University Admission Committee

.....
(name and title)

APPLICATION FORM
for admission to 1st year

in the academic year / semester***

study program: International ☐ European ☐

Personal data:

Last name*:	
First name*:	
Middle name*:	
Name and number of ID document and name of issuing country:	
Sex*:	
Date and place of birth*:	
Citizenship*:	
Pole's Card*	YES / NO**
Father's name:	
Mother's name:	

Permanent residency address:

Street*:	
ZIP code*:	
City*:	
Country*:	

Mailing address:

Street*:	
ZIP code*:	
City*:	
Country*:	

Phone number:	
Mobile*:	
E-mail address:	
Skype ID:	

Languages fluency: none poor good fluent

Polish:	☐	☐	☐	☐
English:	☐	☐	☐	☐
German:	☐	☐	☐	☐
French:	☐	☐	☐	☐
Russian:	☐	☐	☐	☐

High School attended:

Name of school:

City:

Country:

Year of graduation:

I will sit for the admission examination on:

☐ ☐ ☐ ☐

in the following courses:

☐ biology and chemistry ☐ biology and physics ☐ chemistry and physics

Following documents are enclosed to this Application:

- 1) original or notarized copy of high school diploma,
- 2) application form (sample approved by the University),
- 3) identification document (to be presented for verification),
- 4) 3 photos – required ID or passport photos, with candidate's name and surname signed on the back of the photo,
- 5) certificate documenting English language fluency level,
- 6) receipt of registration fee payment,
- 7) health certificate confirming no objections to take up studies in respective fields – applies to candidates who were successfully admitted to the study program by the University Admission Committee,
- 8) original or notarized copy of college diploma (applies to candidates who apply for graduate programs),
- 9) Apostille – in case when the document specified in item 1 or 8 was issued by an institution operating in the educational system of a Hague Convention Contracting country, as of October 5th, 1961, which waives the requirement of legalization of foreign government documents,
- 10) certificate issued by the Superintendent of Education stating an approval of high school certificate or diploma specified in item 1 or 8 – in case of documents not recognized in Poland by operation of law, issued in a country with which Republic of Poland did not sign a mutual educational document recognition contract, or a document from a country with which Poland has the above-mentioned contract but the document is not covered in it.

I submit my Application:

☐ directly to the University as an individual candidate

☐ through the recruiting agency named

(name of recruiting agency)

I hereby confirm the currency in which my tuition will be paid:

☐ *USD* ☐ *EURO* ☐ *PLN*

☐ I agree that all data submitted with the Application Form may be fully processed for statistical purpose and available on an anonymous basis.

By signing below, I certify that all information is true.

.....
(readable signature)

* mandatory fields

** delete where inapplicable

*** fulfil only candidates for medical program

Statements

1. I am aware of my responsibility for providing false information and therefore I declare with my signature that data stated in the Application form are true.
2. I declare that I have read and understood terms and procedures of admission resolved by the Senate, binding in the academic year (Resolution No of the Senate of the Medical University of Silesia of) and I undertake to comply with the rules.
3. I accept below stated information arising from the information obligation according to Art. 13 of GDPR Regulation¹:
 - 1) The Personal Data Controller is Medical University of Silesia in Katowice, 15 Poniatowskiego Street, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035.
 - 2) Current contact details to Data Protection Officer are available under telephone number 32 208 36 00 or on the website www.sum.edu.pl or www.iod.sum.edu.pl.
 - 3) Your personal data are processed for the purpose of recruitment and study process based on the Act of Higher Education and Science of July 20, 2018 and on the grounds of consent given in the field beyond the requirements of the Act, based on Art. 6 (1)(a) and (c) of GDPR.
 - 4) Recipients of your personal data will be employees of the Medical University of Silesia in Katowice who are entitled to process personal data. Recipients of your personal data may also be partners of SUM who provides their services particularly in the area of study process for the Medical University of Silesia or other public authorities which make legally justified request for access to personal data.
 - 5) Data will be kept in accordance with the principle of minimisation and adequacy for a period to be determined on the basis of generally applicable legislation in particular:
 - 5.1. Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 27 September 2018 on studies.
 - 5.2. the Act of 14 July 1983 on National Archival Resources and Archives.
 - 6) You have the right to demand that the Medical University of Silesia give you an access to your personal data, rectify it, delete or limit processing, as well as the right to object to the processing and right to transfer personal data.
 - 7) You have the right to lodge a complaint with a supervisory authority about processing of personal data.
 - 8) Providing personal data on the base of the Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 27 September 2018 with further amendments on studies is obligatory, but necessary in recruitment and study process. The consequence of not providing personal data will be the exclusion of the candidate from the recruitment process.
 - 9) Your personal data is not subject to automated decision making.

I hereby declare that above given essence of the information obligation according to the Art. 13 of GDPR Regulations is fully comprehensible to me.

.....

(readable signature)

Date:

Application No:

Candidate's last and first name:

Field of study

Medical University of Silesia in Katowice
Head of the University Admission Committee

.....
(name and title)

APPLICATION FORM
for admission to 1st year

in the academic year / semester***

study program: International ☐ European ☐

Personal data:

Last name*:	
First name*:	
Middle name*:	
Name and number of ID document and name of issuing country	
Sex*:	
Date and place of birth*:	
Citizenship*:	
Pole's Card*	YES / NO**
Father's name:	
Mother's name:	

Permanent residency address:

Street*:	
ZIP code*:	
City*:	
Country*:	

Mailing address:

Street*:	
ZIP code*:	
City*:	
Country*:	
Phone number:	
Mobile*:	
E-mail address:	
Skype ID	

Languages fluency:	none	poor	good	fluent
Polish:	☐	☐	☐	☐
English:	☐	☐	☐	☐
German:	☐	☐	☐	☐
French:	☐	☐	☐	☐
Russian:	☐	☐	☐	☐

High School attended:

Name of school:

City:

Country:

Year of graduation:

Following documents are enclosed to this Application:

- 1) original or notarized copy of high school diploma,
- 2) application form (sample approved by the University),
- 3) identification document (to be presented for verification),
- 4) 3 photos – required ID or passport photos, with candidate's name and surname signed on the back of the photo,
- 5) certificate documenting English language fluency level specified in § 3 item 7,
- 6) receipt of registration fee payment,
- 7) health certificate confirming no objections to take up studies in respective fields – applies to candidates who were successfully admitted to the study program by the University Admission Committee,
- 8) original or notarized copy of college diploma (applies to candidates who apply for graduate programs),
- 9) Apostille – in case when the document specified in item 1 or 8 was issued by an institution operating in the educational system of a Hague Convention Contracting country, as of October 5th, 1961, which waives the requirement of legalization of foreign government documents,
- 10) certificate issued by the Superintendent of Education stating an approval of high school certificate or diploma specified in item 1 or 8 – in case of documents not recognized in Poland by operation of law, issued in a country with which Republic of Poland did not sign a mutual educational document recognition contract, or a document from a country with which Poland has the above-mentioned contract but the document is not covered in it.

I submit my Application:

- ☐ directly to the University as an individual candidate
- ☐ through the recruiting agency named
(name of recruiting agency)

I hereby confirm the currency in which my tuition will be paid:

☐ USD ☐ EURO ☐ PLN

☐ I agree that all data submitted with the Application Form may be fully processed for statistical purpose and available on an anonymous basis.

By signing below, I certify that all information is true.

.....
(readable signature)

* mandatory fields

** delete where inapplicable

*** fulfil only candidates for medical program

Statements

1. I am aware of my responsibility for providing false information and therefore I declare with my signature that data stated in the Application form are true.
2. I declare that I have read and understood terms and procedures of admission resolved by the Senate, binding in the academic year (Resolution No of the Senate of the Medical University of Silesia of) and I undertake to comply with the rules.
3. I accept below stated information arising from the information obligation according to Art. 13 of GDPR Regulation¹:
 - 1) The Personal Data Controller is Medical University of Silesia in Katowice, 15 Poniatowskiego Street, 40-055 Katowice, tel.32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035.
 - 2) Current contact details to Data Protection Officer are available under telephone number 32 208 36 00 or on the website www.sum.edu.pl or www.iod.sum.edu.pl.
 - 3) Your personal data are processed for the purpose of recruitment and study process based on the Act of Higher Education and Science of July 20, 2018 and on the grounds of consent given in the field beyond the requirements of the Act, based on Art. 6 (1)(a) and (c) of GDPR.
 - 4) Recipients of your personal data will be employees of the Medical University of Silesia in Katowice who are entitled to process personal data. Recipients of your personal data may also be partners of SUM who provides their services particularly in the area of study process for the Medical University of Silesia or other public authorities which make legally justified request for access to personal data.
 - 5) Data will be kept in accordance with the principle of minimisation and adequacy for a period to be determined on the basis of generally applicable legislation in particular:
 - 5.1. Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 27 September 2018 on studies.
 - 5.2. the Act of 14 July 1983 on National Archival Resources and Archives.
 - 6) You have the right to demand that the Medical University of Silesia give you an access to your personal data, rectify it, delete or limit processing, as well as the right to object to the processing and right to transfer personal data.
 - 7) You have the right to lodge a complaint with a supervisory authority about processing of personal data.
 - 8) Providing personal data on the base of the Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 27 September 2018 with further amendments on studies is obligatory, but necessary in recruitment and study process. The consequence of not providing personal data will be the exclusion of the candidate from the recruitment process.
 - 9) Your personal data is not subject to automated decision making.

I hereby declare that above given essence of the information obligation according to the Art. 13 of GDPR Regulations is fully comprehensible to me.

.....
(readable signature)

¹ GDPR- Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation)