

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
Letnia Szkoła Licealisty pn. „Medycyna w Rokitnicy”
w roku akademickim/.....

1. Dane Osobowe Uczestnika	
Imię	
Nazwisko	
E-mail	
Telefon	
Pełna nazwa Szkoły	
Klasa (I-III)	
Proszę wybrać blok zajęć i termin zajęć	
2. Dane Osobowe Opiekuna Prawnego Uczestnika	
Imię	
Nazwisko	
Pesel	
E-Mail	
Telefon	
Niniejszym potwierdzam, jestem opiekunem prawnym w/w i oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Letniej Szkoły Licealisty pn. „Medycyna w Rokitnicy”. Wyrażam zgodę na: 1) uczestnictwo mojego podopiecznego w zajęciach Letniej Szkoły Licealisty pn. „Medycyna w Rokitnicy”. 2) przetwarzanie podanych w formularzu danych osobowych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w celach rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Szkole. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Przyjmuję do wiadomości i przekazę osobie, której dane dotyczą poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO): 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208-36-00, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;	

- 2) Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych dostępne są na stronie internetowej sum.edu.pl lub <https://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 208-36-00. Dane bezpośrednie to: iod@sum.edu.pl tel. 32 208 3630;
- 3) Dane osobowe przetwarza się w celu rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Letniej Szkole Licealisty pn. „**Medycyna w Rokitnicy**” w oparciu o:
– art. 6 ust. 1 lit. a RODO – świadomą i dobrowolną zgodę opiekuna osoby, której dane dotyczą,
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Administratora Danych Osobowych;
- 5) Dane będą przechowywane przez okres ustalany na podstawie przepisów o narodowym zasobie archiwalnym;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;
- 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 do Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne ich niepodanie uniemożliwi rekrutację i uczestnictwo w „Szkole”.
- 10) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Miejscowość i Data	Czytelny podpis Opiekuna Prawnego
Wyrażam/nie wyrażam zgody na rejestrację fotograficzną i nieodpłatne i nieograniczone publikowanie wizerunku Uczestnika w celach cele promocji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.	
Miejscowość i Data	Czytelny podpis Opiekuna Prawnego