

Kwestionariusz osobowy kandydata na STUDIA PODYPLOMOWE

Dane osobowe

Nazwisko:	Nazwisko rodowe:
Pierwsze imię:	Drugie imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Miejsce urodzenia:	Obywatelstwo:

Adres zamieszkania

Kod pocztowy:	Miasto:
ulica	Nr domu/nr mieszkania

Adres do korespondencji

Kod pocztowy:	Miasto:
ulica	Nr domu/nr mieszkania

Dane kontaktowe

Adres e-mail	Numer telefonu
--------------	----------------

Ukończone studia wyższe:

Nazwa Uczelni	Nazwa Wydziału
Kierunek	Specjalność
Data ukończenia	Uzyskany tytuł

Nazwa Uczelni	Nazwa Wydziału
Kierunek	Specjalność
Data ukończenia	Uzyskany tytuł

Uwaga: Jeżeli w trakcie studiów wystąpią jakiegokolwiek zmiany powyższych danych, prosimy o niezwłoczne poinformowanie administracji programu.

Informacje zawodowe*:

Branża	
Stanowisko	

Załączam następujące dokumenty (kopia):

1. Dyplom studiów wyższych
2. Oświadczenia o zapoznaniu się i akceptacji warunków odpłatności za studia podyplomowe w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach
3. Inne istotne dokumenty (wpisać jakie)*

Informacje dotyczące płatności:

Płatność będzie dokonywana	
Jednorazowo	W ratach • dwóch • czterech

*wyrażam zgodę na przetwarzanie nieobowiązkowych danych osobowych przesłanych wraz z formularzem do celów statystycznych i organizacji studiów podyplomowych

Czytelny podpis kandydata:

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Przyjmuję do wiadomości 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](https://iod.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 Studiach Podyplomowych w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a, b i c RODO w zw. z art. 163 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. 2021 poz. 478 z późn. zm.) – obowiązek prawny Uczelni w związku z możliwością prowadzenia studiów podyplomowych
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Administratora Danych Osobowych upoważnieni do przetwarzania danych osobowych prowadzący i obsługujący kształcenie podyplomowe oraz zatrudnieni wykładowcy;
- 5) Dane będą przechowywane przez okres ustalany na podstawie przepisów o narodowym zasobie archiwalnym oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (Dz.U. 2021 poz. 661);
- 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, jeśli dane były przetwarzane na tej podstawie 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 obowiązkowe i jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji i obsługi toku studiów podyplomowych. Niepodanie danych osobowych skutkować będzie wyłączeniem kandydata z procesu rekrutacji.
- 10) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

DEKLARACJA:

- ☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami rekrutacji i kwalifikacji na wybranym kierunku w roku akademickim 2022/2023 oraz że są one dla mnie zrozumiałe, pełne i dokładne.
- ☐ Jeżeli moja kandydatura zostanie przyjęta zobowiązuję się do spełnienia wszystkich wymogów formalnych i finansowych toku studiów.
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach lub Partnerów Biznesowych Uczelni uczestniczących w świadczeniu usług edukacyjnych, informacji handlowych wysyłanych drogą elektroniczną w postaci wiadomości e-mail i/lub sms, zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2020 poz. 344 z późn. zm.)
- ☐ Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane oraz załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma (a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. (art. 233, 272 i 297 Kodeksu Karnego.)

Czytelny podpis kandydata:

Miejscowość i data: