

Data:.....

Nr akt:

--

Nazwisko i imię

Kierunek:

Studia

Tryb.....

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Przewodnicząca Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej

.....
(tytuł, imię i nazwisko)

ANKIETA OSOBOWA

ROK AKADEMICKI

Dane osobowe Kandydata:

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

Adres zamieszkania Kandydata:

Ulica:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	
Miasto:	
Wieś:	

Adres do korespondencji:

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

Świadectwo dojrzałości:

Nowa matura ☐

Matura IB ☐

Matura EB ☐

Stara matura ☐

Zagraniczna matura ☐

Kryteria przyjęcia:

Olimpiada przedmiotowa ☐

Olimpiada zawodowa ☐

Uniwersytet licealisty ☐

.....
(przedmioty na podstawie których kandydat został przyjęty)

Ukończona szkoła średnia/uczelnia wyższa

Nazwa szkoły/uczelni:

Miejscowość:

Rok ukończenia:

Jestem studentem SUM:

(kierunek, rok i tryb)

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(czytelny podpis Kandydata)

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, że zapoznałam/em się z zasadami pobierania opłat za usługi edukacyjne na studiach w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach określonymi w Załączniku Nr ... do Zarządzenia Nr z dnia Rektora SUM oraz z ustaleniami wysokości opłaty za usługi edukacyjne świadczone w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach dla studiów rozpoczynających się w roku akademickim określonymi w Zarządzeniu Nr z dnia r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
4. Oświadczam, iż w razie zakwalifikowania mnie do przyjęcia na studia zobowiązuje się do osobistego stawienia lub stawienia 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.
5. Przyjmuję do wiadomości, że złożone przeze mnie informacje wraz z pisemną deklaracją podjęcia studiów (tzw. wpis na I rok studiów) w pełnym zakresie, będą przetwarzane przez Uczelnię w celach statystycznych, w formie zanonimizowanej.
6. Oświadczam, iż jestem świadomy, że studia na kierunku lekarskim prowadzone są w dwóch lokalizacjach: Katowicach i Zabrze oraz, że w przypadku wyczerpania wolnych miejsc w wybranej przez mnie lokalizacji tj.:
 - Katowicach, zostaną automatycznie przypisany do studiowania w Zabrzu;
 - Zabrzu, zostaną automatycznie przypisany do studiowania w Katowicach.
7. Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO:
 - a. 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;
 - b. 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;
 - c. 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. 2023 poz. 775 z późn. zm.*) oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. obowiązku prawnego wynikającego z ww. przepisów.
 - d. 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 realizujące usługi w szczególności w zakresie obsługi toku studiów prowadzonych w SUM oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych;

8. Dane będą przechowywane zgodnie z zasadą minimalizacji i adekwatności przez okres ustalony na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących w szczególności:

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

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

a. 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.

b. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

c. 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;

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

9. 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 36 00.

10. Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

.....
(czytelny podpis Kandydata)