

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. „Akademia Dermatologii i Kosmetologii Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”,
który został dofinansowany z Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii w ramach
Programu „Metropolitalny Fundusz Wspierania Nauki ”w latach 2022-2024

1. Dane Osobowe Uczestnika (ucznia szkoły ponadpodstawowej)	
Imię / Imiona	
Nazwisko	
E-mail	
Telefon kontaktowy	
Pełna Nazwa Szkoły	
Klasa	
2. Dane Osobowe Opiekuna Prawnego / Rodzica (ucznia szkoły ponadpodstawowej)	
Imię /Imiona	
Nazwisko	
Pesel	
E-mail	
Telefon kontaktowy	
3. Świadoma Zgoda Opiekuna Prawnego / Rodzica Ucznia Szkoły Ponadpodstawowej na Udział w Projekcie	
1. Niniejszym potwierdzam, że jestem opiekunem prawnym / rodzicem ucznia szkoły ponadpodstawowej i wyrażam świadomą zgodę na udział mojego dziecka w w/w projekcie. 2. Rozumiem na czym polega projekt, do udziału w którym zostało zaproszone moje dziecko/mój podopieczny oraz wyrażam zgodę na: a) uczestnictwo mojego podopiecznego/dziecka w zajęciach: wykładowych, ćwiczeniowych oraz zajęciach praktycznych w ramach Projektu pn. „Akademia Dermatologii i Kosmetologii Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”, który jest dofinansowany z Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii w ramach Programu „Metropolitalny Fundusz Wspierania Nauki ” w latach 2022-2024. b) przetwarzanie podanych w formularzu danych osobowych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w celach rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Projekcie. 3. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych: Przyjmuję do wiadomości i przekaze osobie, której dane dotyczą poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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): a) 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; b) 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; c) Dane osobowe przetwarza się w celu rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Projekcie pn. „Akademia Dermatologii i Kosmetologii Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”, który został dofinansowany przez Górnośląsko – Zagłębiowską Metropolię w ramach Programu „Metropolitalny Fundusz Wspierania Nauki ”w latach 2022-2024”, w oparciu o: – art. 6 ust. 1 lit. a RODO – świadomą i dobrowolną zgodę opiekuna osoby, której dane dotyczą;	

- d) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Administratora Danych Osobowych;
- e) Dane będą przechowywane przez okres ustalany na podstawie przepisów o narodowym zasobie archiwalnym;
- f) 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;
- g) 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;
- h) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- i) Podanie danych osobowych jest dobrowolne ich niepodanie uniemożliwi rekrutację i uczestnictwo w Projekcie pn. „Akademia Dermatologii i Kosmetologii Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”, który został dofinansowany z Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii w ramach Programu „Metropolitalny Fundusz Wspierania Nauki” w latach 2022-2024.
- j) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

4. Złożenie formularza jest jednoznaczne z akceptacją warunków uczestnictwa w projekcie.

Uwzględniając powyższe wyrażam świadomie dobrowolną zgodę na udział mojego dziecka / mojego podopiecznego w w/w projekcie oraz na przetwarzanie jego i moich danych w zakresie niezbędnym dla jego realizacji, jednakże z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby przez inne osoby prawne i fizyczne.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis **Opiekuna Prawnego/Rodzica**)

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na rejestracje fotograficzną i nieodpłatne oraz nieograniczone publikowane wizerunku w mediach społecznościowych (tj. *strona internetowa uczelni / fanpage na facebooku, etc.*) Uczestnika w celach promocji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, a także Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis **Opiekuna Prawnego/Rodzica**)