

## **Regulamin przyznawania statusu Profesora wizytującego w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach**

### *Tekst jednolity*

#### § 1

1. Status Profesora wizytującego w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (dalej zwanym ŚUM) może zostać przyznany osobie, która:
  - 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego – w przypadku obywatela polskiego lub posiada co najmniej stopień naukowy doktora – w przypadku cudzoziemca;
  - 2) jest zatrudniona w innej uczelni, zagranicznej uczelni lub zagranicznej instytucji naukowej, w instytucie PAN, instytucie badawczym lub instytucie międzynarodowym;
  - 3) posiada wybitne osiągnięcia w pracy naukowej potwierdzone dorobkiem naukowym oraz bogatym doświadczeniem zawodowym;
  - 4) nie pozostaje w stosunku pracy z ŚUM.
2. Celem potwierdzenia spełnienia warunków, o których mowa w ust. 1, kandydat ubiegający się o status Profesora wizytującego winien złożyć oświadczenie o spełnieniu powyższych warunków.
3. Osoba, która uzyska status Profesora wizytującego ŚUM, może zostać zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie realizacja zajęć dydaktycznych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach w roku akademickim na studiach I,II stopnia lub na jednolitych studiach magisterskich lub w Szkole Doktorskiej ŚUM.

W przypadku zatrudnienia, kandydat ubiegający się o status Profesora wizytującego winien złożyć uwierzytelnione kserokopie dokumentów poświadczających spełnienie warunków wskazanych w ust. 1. Zatrudnienie realizowane jest na podstawie zasad obowiązujących w Uczelni, za uprzednią zgodą właściwego Dziekana i Prorektora ds. Studiów i Studentów.
4. Profesor wizytujący ma prawo do wygłaszania w ŚUM wykładów otwartych oraz posiada prawo do używania tytułu „Profesor wizytujący Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”.
5. Status Profesora wizytującego przyznaje się:
  - 1) na czas prowadzenia badań naukowych lub realizacji projektu naukowego, bądź prowadzenia zajęć,
  - 2) na okres wskazany we wniosku.
6. Decyzją Rektora ŚUM wskazane w ust. 5 okresy mogą zostać przedłużone.

#### § 2

1. Wniosek o przyznanie statusu Profesora wizytującego składa Kierownik jednostki goszczącej Profesora, zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Do wniosku należy dołączyć zgodę kandydata ubiegającego się o status Profesora wizytującego oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Wzór zgody wraz z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Wniosek o nadanie statusu Profesora wizytującego należy złożyć w Kancelarii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (ŚUM).

4. Wniosek o nadanie statusu Profesora wizytującego winien zostać złożony na minimum 3 miesiące przed planowanym przyjazdem Profesora wizytującego. W wyjątkowych przypadkach Rektor może rozpatrzyć wniosek złożony poza ww. terminem.
5. Decyzję o przyznaniu statusu profesora wizytującego podejmuje Rektor.

### § 3

Opiekę merytoryczną nad Profesorem wizytującym sprawuje wyznaczona osoba z jednostki goszczącej, która odpowiada za dopełnienie wszelkich formalności.

### § 4

1. W przypadku podjęcia decyzji o zawarciu umowy cywilnoprawnej z osobą, która uzyskała status Profesora wizytującego za przygotowanie i podpisanie umowy zlecenie odpowiada Dział ds. Dydaktyki.
2. W umowie cywilnoprawnej, o której mowa w ust. 1, określa się zakres czynności wykonywanych na rzecz ŚUM, szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków Profesora wizytującego oraz wysokość wynagrodzenia przysługującego Profesorowi wizytującemu.
3. W przypadku, gdy Profesor wizytujący nie jest osobą posługującą się w mowie i piśmie językiem polskim, umowa zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych zawierana pomiędzy ŚUM a Profesorem wizytującym jest sporządzana w dwóch wersjach językowych: w wersji polskiej i w wersji angielskiej.

Rektor  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

*prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański*

**Wniosek o zatrudnienie Profesora wizytującego**  
(Request for employing a Visiting Professor - civil law contract)

**I. Dane osoby ubiegającej się o status Profesora wizytującego/ Personal details of the candidate to be Visiting Professor**

**Imię i nazwisko** /Name, surname/

.....

**Miejsce stałego zatrudnienia oraz kraj** /Place of permanent employment and country/

.....

**Adres zamieszkania** /Residential address/

.....

**Obywatelstwo** /Citizenship/

.....

**Posiadany stopień/ tytuł naukowy** /Academic degree/title/

.....

**II. Najważniejsze osiągnięcia naukowe (w tym lista najważniejszych publikacji):**

/Most important academic achievements (including list of academic publications)/:

.....

.....

.....

.....

.....

**III. Przewidywane korzyści dla Uniwersytetu** /Expected benefits for the University/

.....

.....

.....

.....

.....

**VII. Dane osoby składającej wniosek /Details of the Requestor/**

Imię i nazwisko oraz stanowisko lub pełniona funkcja /Forename and surname and the position or function/

.....

Jednostka goszcząca (nazwa jednostki organizacyjnej ŚUM) / Host unit (name of organisational unit of the ŚUM)

.....

Dane kontaktowe (telefon lub email)/ Contact details (phone number or e-mail address)/

.....

Opiekun Profesora wizytującego /supervisor of visiting professor/

.....

Dane kontaktowe opiekuna (telefon lub email)/ Contact details supervisor (phone number or e-mail address)/

.....

Miejscowość, data /Place, date/

Podpis Kierownika jednostki/ Head of unit/

.....

.....

**VIII. Proponowany okres przyznania statusu Profesora wizytującego/ Proposed period for granting the status of Visiting Professor/**

.....

**IX. Planowane aktywności Profesora wizytującego/ Planned activities of the Visiting Professor/**

.....

.....

.....

**X. Planowane zatrudnienie/ Planned employment/ TAK/NIE /YES/NO**

Jeśli tak to proszę o podanie szczegółów (okres, zajęcia, przedmioty), w tym zgody Dziekana i Prorektora ds. Studiów i Studentów/ If yes, please provide details (period, activities, subjects), including the consent of the Dean and Vice-Rector for Studies and Students

.....

.....

.....

.....

.....

**XI. Decyzja Rektora /Decision of the Rector /**

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na nadanie statusu Profesora wizytującego**

**/I agree / do not agree that the status of a Visiting Professor is granted/**

.....

Miejscowość, data

/Place, date/

.....

Pieczęć i podpis JM Rektora

/Stamp and signature of the Rector/

|                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nr ewidencyjny upoważnienia <sup>1</sup> : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 32 w zw. z art. 29 Rozporządzenia RODO<sup>2</sup> upoważniam Panią/Pana:

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

do przetwarzania danych osobowych, w celach i w zakresie związanym z wykonywaniem zadań zgodnych z zakresem obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy/pełnioną funkcją w SUM lub zgodnym z przedmiotem umowy<sup>3</sup>:

|         |   |   |   |   |   |   |   |   |              |  |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|--|
| Z dnia: | d | d | m | m | r | r | r | r | Numer umowy: |  |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|--|

Upoważnienie obejmuje przetwarzanie danych osobowych w formie papierowej i elektronicznej<sup>4</sup>. Upoważnienie wydawane jest w przypadku pracowników SUM do odwołania lub ustania stosunku prawnego z SUM. W przypadku pozostałych osób upoważnienie obowiązuje w terminie:

|     |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OD: | d | d | m | m | r | r | r | r | DO: | d | d | m | m | r | r | r | r |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|

.....  
(podpis Administratora Danych Osobowych lub jego Pełnomocnika)

### OŚWIADCZENIE UPOWAŻNIONEGO

Ja niżej podpisany (na) oświadczam, iż:

- 1) Znana jest mi treść przepisów o ochronie danych osobowych w szczególności Rozporządzenia RODO, oraz innych obowiązujących w SUM aktów prawnych.
- 2) Zobowiązuję się:
  - a) Zachować w tajemnicy informacje służbowe oraz dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczenia, z którymi zetknęłam się/zetknąłem się w trakcie wykonywania swoich obowiązków służbowych, zarówno w czasie trwania stosunku pracy jak i po jego ustaniu,
  - b) Chronić dane osobowe przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniam przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, ujawnieniem, uszkodzeniem lub zniszczeniem,
  - c) Aktualizować wiedzę z zakresu Bezpieczeństwa Informacji w tym uczestniczyć w szkoleniach prowadzonych przez Inspektora Ochrony Danych,
  - d) Niezwłocznie zgłaszać do Działu ds. Bezpieczeństwa Informacji podejrzenia lub incydenty związane z bezpieczeństwem informacji w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych.

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
|                                                      |
| Czytelny podpis upoważnianego / podpis elektroniczny |

<sup>1</sup> Uzupełnia pracownik rejestrujący upoważnienie

<sup>2</sup> **Rozporządzenie RODO** - Rozporządzenie 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/W.

<sup>3</sup> Wypełnić jeśli upoważnienie dotyczy umowy innej niż umowa o pracę.

<sup>4</sup> Identyfikator użytkownika zostanie przekazany upoważnionemu zgodnie z procedurą określoną w „Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi służącymi do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach”.

|                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Authorization Registration No. <sup>5</sup> : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### AUTHORIZATION TO PROCESS PERSONAL DATA

Pursuant to Article 32, as amended by Article 29 of the GDPR,<sup>6</sup> I authorize the following person:

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name:         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Surname:      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL/ID No.: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

to process the personal data for purposes and within the scope arising out of the performance of tasks pursuant to the range of duties related with a position held or function performed at SUM, or in accordance with the subject matter of the following contract:

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |  |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|--|
| Date: | d | d | m | m | r | r | r | r | Contract number: |  |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|--|

The authorization includes processing of the personal data in paper and electronic form<sup>7</sup>. With reference to the employees of SUM, the authorization shall be issued and valid until the legal relationship with SUM is revoked or terminated. In case of other persons, the authorization shall be valid in the following period:

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| From: | d | d | m | m | Y | Y | Y | Y | To: | d | d | m | m | Y | Y | Y | Y |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|

.....  
(signature of the Personal Data Controller or his Representative)

### STATEMENT OF THE AUTHORISED PARTY

I, the undersigned, hereby declare that:

- 3) I am familiar with the wording of the provisions on the protection of personal data, in particular the GDPR, and other legal acts in force and effect at SUM.
- 4) I undertake to:
  1. Abide by secrecy with reference to the business information and personal data, and the means of securing them that I have encountered in the course of carrying out my duties, both during and upon the termination of the employment relationship,
  2. Protect personal data from unauthorized access, unauthorized removal or processing in violation of the Act, and from modification, loss, disclosure, damage or destruction,
  3. Update information security knowledge, including to participate in training sessions conducted by the Data Protection Officer,
  4. Immediately notify the Information Security Department about any suspicions or incidents related to information security, in particular related with the personal data protection.

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |
| Legible signature of the authorized person / electronic signature |

<sup>5</sup> To be filled in by a person registering this authorization

<sup>6</sup> **GDPR** - Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data and the repeal of Directive 95/46/W.

<sup>7</sup> The user ID will be transferred to the authorized person in accordance with the procedure laid down by SUM