

**Ogólnopolski Konkurs Wiedzy o Człowieku**  
**Śląski Uniwersytet Medyczny**  
**w Katowicach**  
**Podanie o przyjęcie do projektu**

**1. Dane osobowe**

Nazwisko:	
Imię:	
Drugie imię:	
Pesel:	
Płeć:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
Imię ojca:	
Imię matki:	

**2. Adres zameldowania**

Ulica:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Województwo:	

**3. Adres do korespondencji**

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

#### 4. Liceum

Liceum Ogólnokształcące:	
-----------------------------	--

**Uwaga! Liceum Ogólnokształcące do którego uczęszcza kandydat musi posiadać podpisaną umowę o współpracy i udziale w projekcie „Uniwersytet Licealisty”.**

#### Kryteria przyjęcia

#### 5. Oceny

Przedmiot	Ocena		
	dobra	bardzo dobra	celująca
Biologia			
Chemia			
Matematyka			
Fizyka			

Uwaga! Należy wpisać ostatnią ocenę końcową uzyskaną po zakończeniu danego przedmiotu.

#### 6. Olimpiady

Olimpiada	Zawody II stopnia (okręgowe)	Zawody III stopnia (centralne)	Finalista	Laureat
Biologiczna				
Chemiczna				
Matematyczna				
Fizyczna				

#### 7. Deklaruję chęć udziału w programie „Uniwersytet Licealisty” realizowanym przy wydziale\*:

- Wydział Lekarski w Katowicach
- Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze
- Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu
- Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
- Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

\*deklaracja Wydziału jest ostateczna i nie może być zmieniona w późniejszym terminie

### **Oświadczenie dyrektora szkoły**

Oświadczam, że informacje przedstawione w punktach 4-6 są zgodne z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się umożliwić uczniowi/uczennicy udział w zajęciach prowadzonych w Uniwersytecie Licealisty.

---

Data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły

### **Oświadczenia**

1. Świadoma(y) odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że dane zamieszczone w formularzu rejestracyjnym, podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Oświadczam, iż zapoznałam(em) się z regulaminem i zasadami rekrutacji do Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy o Człowieku i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
3. Oświadczam, iż w razie zakwalifikowania mnie do projektu zobowiązuje się do udziału w nim na zasadach określonych w regulaminie i programie Konkursu.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w formularzu danych osobowych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy o Człowieku realizowanym w Wydziale ..... oraz w ramach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
5. Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO<sup>1</sup>:
  - 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
  - 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych dostępne są pod numerem tel. 32 208 3600 lub na stronie internetowej [sum.edu.pl](http://sum.edu.pl) oraz [iod.sum.edu.pl](http://iod.sum.edu.pl);
  - 3) Dane osobowe przetwarzają się w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na studia oraz obsługi toku studiów na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2017 poz. 2183);
  - 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Odbiorcami danych mogą być także kontrahenci SUM realizujący usługi w szczególności w zakresie obsługi konkursu prowadzonego w SUM oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych.
  - 5) Przekazanie danych osobowych przez SUM do Państwa trzeciego zostanie Pani/Pan poprzedzone wnioskiem o wyrażenie zgody we wnioskowanym zakresie.
  - 6) Dane będą przechowywane przez okres 5 lat na podstawie Zarządzenia Rektora SUM nr 80/2007 w sprawie instrukcji o organizacji i zakresie działania Archiwum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
  - 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub

---

<sup>1</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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

- ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;
- 8) 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;
  - 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego;
  - 10) 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.
  - 11) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

**W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia ww. treści możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, którego dane kontaktowe dostępne są na stronie internetowej <http://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 208 3600.**

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

.....  
(Data i czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA<sup>2</sup>

Ja niżej podpisany (dane osobowe rodzica/prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż jestem rodzicem (opiekunem prawnym) :

(Dane osoby niepełnoletniej)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w projekcie Uniwersytet Licealisty organizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny na zasadach określonych w regulaminie i programie Uniwersytetu Licealisty.

Jednocześnie zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z punktem 4 Oświadczenia.

\_\_\_\_\_

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

<sup>2</sup> Wypełnia rodzic lub opiekun prawny wyłącznie w przypadku osoby niepełnoletniej.