

**Uniwersytet Licealisty**  
**przy Wydziale Zdrowia Publicznego w Bytomiu**  
**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**  
**Dziekan Wydziału: dr hab. n. farm. Elżbieta Grochowska - Niedworok**

**Podanie o przyjęcie do projektu „Uniwersytet Licealisty”**

**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!** Zgodnie z §3 pkt. 2 Regulaminu Uniwersytetu Licealisty Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Liceum Ogólnokształcące do którego uczęszcza kandydat musi posiadać podpisaną umowę o współpracy i udziale w projekcie „Uniwersytet Licealisty”.

### Kryteria przyjęcia

#### 5. Oceny (należy wybrać jeden z wymienionych poniżej przedmiotów)

Przedmiot	Ocena		
	dobra	bardzo dobra	celująca
Biologia			
Chemia			
Matematyka			
Fizyka z astronomią			
Wiedza o społeczeństwie			

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				
Wiedza o Polsce i Świecie Współczesnym				

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

Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu

\*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 uchwalonym przez Radę Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu SUM w Katowicach regulaminem i zasadami rekrutacji projektu Uniwersytet Licealisty (Uchwała RW nr 78/2014/2015 z dnia 28 maja 2015r.) 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 Uniwersytetu Licealisty.
4. W związku z art. 23 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych prowadzonych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach podczas rekrutacji i udziale w projekcie.

Jednocześnie w związku z art. 24 i 32 w/w ustawy przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
2. Dane zbierane są w celu prowadzenia rekrutacji, realizacji procesu nauczania i korzystania z usług świadczonych przez Uczelnię (w tym bibliotecznych).
3. Zebrane dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
4. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania i sprostowania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
5. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164 poz. 1365 z późn. zm.), rozporządzeń wykonawczych do ustawy, statutu oraz regulaminów wewnętrznych Uniwersytetu.

---

(Data, czytelny podpis)

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA<sup>1</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>1</sup> Wypełnia rodzic lub opiekun prawny wyłącznie w przypadku osoby niepełnoletniej.