

PEŁNOMOCNICTWO

Niżej podpisany,

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica lub opiekuna prawnego):	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Seria i nr dowodu tożsamości	
Data wydania	
Organ wydający	
Numer telefonu	
Adres email	

działając na podstawie załączonego do wglądu:

aktu urodzenia

dokumentu ustanowienia opieki¹

.....

w/w dokument przedstawiono
podpis osoby przyjmującej Pełnomocnictwo
z ramienia GUMed

jako przedstawiciel ustawowy nad:

Dane kandydata na studia	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Seria i nr dowodu tożsamości	
Data wydania	
Organ wydający	
Numer telefonu	
Adres email	

¹ Zaznaczyć właściwe

udzielam pełnomocnictwa:

Dane pełnomocnika	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Seria i nr dowodu tożsamości	
Data wydania	
Organ wydający	
Numer telefonu	
Adres email	

Do wszelkich czynności w toku postępowania rekrutacyjnego na studia w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, a w szczególności do następujących czynności:

- 1) złożenia podania o przyjęcie na studia, w tym wpisu na listę studentów;
- 2) wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- 3) podpisania ślubowania,
- 4) odbioru wszelkich zaświadczeń lub dokumentów;
- 5) reprezentowania przedstawiciela ustawowego przy badaniach lekarskich kandydata na studia.

Pełnomocnictwo wygasa z dniem odwołania lub z dniem osiągnięcia pełnoletności przez kandydata na studia.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, zgodnie z poniższą informacją.

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) – zwanego dalej RODO informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych i danych dziecka/osoby znajdującej się pod opieką* zawartych w niniejszym dokumencie jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk.
2. Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu (58) 3491027 lub adresem email: iod@gumed.edu.pl.
3. Zostałam/em poinformowana/y, że podanie danych i udział w kwalifikacji na studia mojego dziecka/osoby znajdującej się pod moją opieką prawną* jest dobrowolny, jednocześnie brak podania danych uniemożliwi udział w procesie rekrutacyjnym na studia.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w związku i w celu realizacji postępowania rekrutacyjnego oraz – w przypadku zakwalifikowania się na studia - procesu edukacyjnego dziecka/osoby znajdującą się pod moją opieką prawną*, a także w celach archiwalnych i statystycznych, jak również ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń - w sytuacjach przewidzianych przepisami prawa oraz poinformowania mnie - w razie potrzeby - o wypadku dziecka/osoby znajdującą się pod moją opieką prawną*.
5. Zgromadzone dane przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz aktów wykonawczych do tej ustawy, w przypadku zakwalifikowania się na

studia również na podstawie umowy, zaś – w odniesieniu do danych przetwarzanych w związku z wyrażoną zgodą - przedmiotowa zgoda.

6. Dane będą przetwarzane wyłącznie w okresach niezbędnych do realizacji wyżej określonych celów, przewidzianych przepisami prawa, na potrzeby rekrutacji przez okres 6 miesięcy,

a w przypadku przyjęcia na studia przez czas ich trwania, a następnie w celach archiwalnych przez okres 50 lat.

7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa, osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych. Odbiorcami danych mogą być także podmioty np. jednostka służby medycyny pracy, którym Administrator zleca wykonanie usługi, w szczególności w zakresie obsługi toku studiów prowadzonych w GUMed oraz inne podmioty na podstawie umowy powierzenia.

8. Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka/osoby znajdującą się pod opieką prawną* przetwarzane przez Gdański Uniwersytet Medyczny nie będą przedmiotem automatycznego podejmowania decyzji ani profilowania.

9. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, ma prawo również prawo złożenia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych oraz w przypadkach przewidzianych przepisami prawa może skorzystać z prawa ograniczenia przetwarzania danych, żądać usunięcia danych lub wyrazić sprzeciw co do ich przetwarzania.

10. Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Miejscowość:

Data:

Imię i nazwisko:

Własnoręczny podpis **przedstawiciela ustawowego**²:

Miejscowość:

Data:

Imię i nazwisko:

Własnoręczny podpis **pełnomocnika**:

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zostałam/em poinformowany o zasadach i okolicznościach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Jako osoba niepełnoletnia jestem świadoma/y, że osobami uprawnionymi do działania w moim imieniu są moi rodzice/opiekunowie prawni*, którzy tym samym, do czasu osiągnięcia przeze mnie pełnoletniości, mogą mieć dostęp do moich danych, o procesie mojej edukacji i innych informacji związanych z przebiegiem studiów i dotyczących mojej osoby.

.....

Data, czytelny podpis kandydata na studia

*Niepotrzebne skreślić

² Potwierdzenie notarialne podpisu przedstawiciela ustawowego