

Zgoda przedstawiciela ustawowego
na kandydowanie i podjęcie studiów przez osobę niepełnoletnią

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 Zgodę
z ramienia GUMed

jako przedstawiciel ustawy 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	

wyrażam zgodę na:

- 1) udział w rekrutacji na dowolnie wybranym kierunku studiów prowadzonym w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku;
- 2) podjęcie ww. studiów, w tym poprzez wnioski o wpis na listę studentów, rezygnację z studiów, zmianę zasad/trybu studiowania i wszelkie inne decyzje przewidziane przepisami prawa lub aktami wewnętrznymi uczelni;
- 3) zawieranie, zmiana i rozwiązywanie wszelkich umów z uczelnią w związku z ww. studiami, w szczególności umowy określającej warunki odpłatności za świadczone usługi edukacyjne;

¹ Zaznaczyć właściwe

- 4) składanie wszelkich innych dokumentów i oświadczeń związanych z podjęciem i przebiegiem ww. studiów, w tym wszelkich próśb i wniosków;
- 5) podpisanie oświadczenia o zapoznaniu się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych i składanie wszelkich oświadczeń w zakresie przetwarzania danych osobowych;
- 6) złożenie wniosku o przyznanie miejsca w domu studenckim.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) znam i akceptuję wynikające z niniejszej zgody zobowiązania finansowe względem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, zaś w przypadku opóźnienia w spłacie tych zobowiązań przez kandydata na studia zobowiązuje się pokryć te zobowiązania samodzielnie w jego zastępstwie.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, zgodnie z poniższą informacją.
- 3) W razie sytuacji zagrożenia zdrowia dziecka/osoby znajdującą się pod moją opieką prawną*, proszę o bezzwłoczne poinformowanie mnie o zaistniałym zdarzeniu na poniżej wskazany
 - adres e-mail :
 - numer telefonu:

/*Niepotrzebne skreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

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 znajdujące 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 znajdujące 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 realizacji wszelkich czynności związanych z jej procesem,
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:²

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 pełnoletności, 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