

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO CZŁONKA RODZINY STUDENTA / DOKTORANTA* DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a _____,
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego członka rodziny* studenta/doktoranta*)
działając jako przedstawiciel ustawy _____,
(imię i nazwisko członka rodziny studenta/doktoranta*)

(stopień pokrewieństwa) _____
(imię i nazwisko studenta/doktoranta*)

zgodnie z art. 7 Rozporządzenia 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 (dalej: RODO),

oświadczam, co następuje:

wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych _____
(imię i nazwisko członka rodziny studenta/doktoranta*)
podanych przez _____ we wniosku z dnia _____ o przyznanie:
(imię i nazwisko studenta/doktoranta*) (data wniosku)

- 1/ stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych,
- 2/ zapomogi,
- 3/ miejsca w domu studenta,
- 4/ miejsca w domu studenta dla studentów cudzoziemców studiujących w języku polskim,
- 5/ stypendium socjalnego,
- 6/ stypendium rektora dla najlepszych studentów,
- 7/ stypendium rektora dla najlepszych doktorantów,*

przez Warszawski Uniwersytet Medyczny jako Administratora tych danych, w celu prowadzenia na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.), przez Komisję Stypendialną Studentów WUM/Komisję Stypendialną Doktorantów WUM/Rektora WUM/Odwoławczą Komisję Stypendialną Studentów WUM/Odwoławczą Komisję Stypendialną Doktorantów WUM*, postępowania o przyznanie świadczeń pomocy materialnej w zakresie objętym złożonym ww. wnioskiem oraz w celu realizacji/wypłaty przyznanych na skutek złożenia ww. wniosku świadczeń pomocy materialnej.

Dane osobowe zostały przekazane dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

(miejsowość i data)

(podpis członka rodziny/przedstawiciela ustawowego
członka rodziny* studenta/doktoranta*)

INFORMACJA:

Administratorem danych _____ w rozumieniu RODO jest Warszawski
(imię i nazwisko członka rodziny studenta/doktoranta*)

Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa; kontakt do Inspektora Danych Osobowych WUM: tel. 22-57-20-320; ido@wum.edu.pl Dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia w

Warszawskim Uniwersytecie Medycznym postępowania o przyznanie świadczeń pomocy materialnej w zakresie objętym złożonym przez _____ wnioskiem oraz w celu realizacji/wypłaty
(imię i nazwisko studenta/doktoranta*)

przyznanych świadczeń pomocy materialnej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO (w zakresie danych dotyczących zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO*) oraz będą przechowywane przez okres 50 lat zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. z 2016 r. poz. 1554 z późn. zm.) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (w zakresie danych dotyczących zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 lit. j RODO*).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem rozpatrzenia i przyznania świadczeń pomocy materialnej objętych złożonym przez _____ wnioskiem o przyznanie
(imię i nazwisko studenta/doktoranta*)

takich świadczeń. Żądanie przez Administratora podania danych osobowych określonych we wniosku o przyznanie świadczeń pomocy materialnej wynika z obowiązku Administratora do zebrania określonych przepisami prawa danych osobowych w celu rozpatrzenia ww. wniosku o przyznanie świadczeń pomocy materialnej zgodnie z przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.).

Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do podanych danych osobowych i prawo ich poprawiania, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Dane te nie będą udostępniane innym podmiotom, o ile nie będzie to wymagane przepisami prawa. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie, co można wykonać składając pisemne oświadczenie osobiście lub korespondencyjnie do Biura Spraw Studenckich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, przy czym cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody. Jednocześnie cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych w toku postępowania o przyznanie świadczeń pomocy materialnej może uniemożliwić rozpoznanie złożonego przez _____ wniosku
(imię i nazwisko studenta/doktoranta*)

o przyznanie świadczeń pomocy materialnej oraz cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych przed zakończeniem realizacji/wypłaty przyznanych świadczeń pomocy materialnej może uniemożliwić realizację/wypłatę tych świadczeń. A ponadto cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie miało wpływu na przechowywanie danych osobowych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny przez okres 50 lat realizowane w wykonaniu obowiązku nałożonego na Warszawski Uniwersytet Medyczny przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. z 2016 r. poz. 1554 z późn. zm.).

W oparciu o dane osobowe Warszawski Uniwersytet Medyczny nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.

Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Zapoznałem/am się z powyższą Informacją.

(miejscowość i data)

(podpis członka rodziny/przedstawiciela ustawowego
członka rodziny* studenta/doktoranta*)

*Niepotrzebne skreślić