ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU

„SZKOŁA PRAKTYCZNEJ NEUROLOGII UDARU MÓZGU”

Nazwisko i imię uczestnika:……………………………………………………………

Adres do korespondencji:

ulica…………………………………………………........................................................

kod:……………………… miasto:……………………………………………………........

telefon:………………………….e-mail:…………………………………………………….

W przypadku konieczności wystawienia faktury:

Nazwa …………………….………………………………………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………

NIP ……………………………..

*Dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym przekazuję mając świadomość, iż ich podanie jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji celu przetwarzania, tj. rekrutacji i udziału w szkoleniu. Posiadam wiedzę, iż Administratorem Danych Osobowych zgromadzonych w związku z ubieganiem się o przyjęcie na szkolenie i kształceniem jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Racławickich 1, 20-059 Lublin.*

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie jako administrator danych osobowych informuje, że zgromadzone dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz szkolenia w stosunku do osób zakwalifikowanych do udziału w szkoleniu, a także celach statystycznych i archiwalnych, jak również ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń, w związku z realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora Danych. Podstawą przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt b 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 ( tzw.: Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych/RODO) tj. fakt, że jest to niezbędne do wykonania umowy, której jestem stroną oraz działań na moje żądanie przed jej zawarciem.*

*Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, nie będą również przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych. Będą one przetwarzane w okresie realizacji szkolenia, a także archiwizacji dokumentacji po zakończeniu procesu kształcenia, zgodnie z przepisami prawa i procedurami Uniwersytetu, zaś w przypadku ewentualnych roszczeń w okresach wynikających z przepisów prawa powszechnego. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, a także - w przypadkach przewidzianych przepisami prawa - ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych, ma prawo również złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiekolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały profilowaniu.*

*Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem:* *iod@umlub.pl*

*Zostałem poinformowany o planowanej formie i zakresie wykorzystania moich danych, jak również podstawach przetwarzania danych i przysługujących mi prawach, a także, że złożenie niniejszego formularza jest dobrowolne, jednak konieczne w realizacji celu przetwarzania.*

 ……………………………. ………………………...………

 Miejscowość, data podpis Uczestnika