

Zgłoszenie dwuosobowego zespołu do udziału w *Blended Intensive Programme* projektu Erasmus+ - “Cultural Competence in Nursing: enabling students to master new capabilities” organizowanym przez Nursing Department, International Hellenic University, Thessaloniki, Grecja

Dane członków zespołu

Koło naukowe w którym działa zespół:.....

Jednostka organizacyjna WNoZ/WUM przy której działa Koło Naukowe:.....

Imię i nazwisko opiekuna/opiekunów Koła Naukowego:.....

Imię i nazwisko pierwszego członka zespołu:

Rok studiów:.....

Nr indeksu:

Udokumentowana znajomość języka angielskiego na poziomie B2: TAK NIE

Imię i nazwisko drugiego członka zespołu:.....

Rok studiów:.....

Nr indeksu:

Udokumentowana znajomość języka angielskiego na poziomie B2: TAK NIE

Oświadczenie pierwszego członka zespołu

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIENIE WIZERUNKU I NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko),
wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie, nieodpłatne rozpowszechnianie mojego
wizerunku, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach
pokrewnych (Dz.U.2019.1231 t.j. z dnia 2019.07.03 z późn. zm.), do celów informacyjnych
i promocyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), przez rozpowszechnienie
wizerunku w: broszurach, ulotkach, plakatach, prezentacjach, filmach oraz innych materiałach
promocyjnych i informacyjnych dotyczących Uczelni oraz na stronie internetowej Uczelni, a także
w oficjalnych mediach społecznościowych WUM.

Zostałam/zostałem poinformowany, iż wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy
lub nagrania wykonane podczas zajęć, spotkań, uroczystości, wycieczek i innych zbiorowych
zgrupowań mogą zostać rozpowszechnione poprzez umieszczenie ich na stronie internetowej
Uczelni, mediach społecznościowych oraz wykorzystane w materiałach promocyjno-informacyjnych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Oświadczam, że jestem nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych.

Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

.....
miejsowość data

.....
czytelny podpis wyrażającego zgodę

W związku z wyrażeniem zgody na rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Warszawski
Uniwersytet Medyczny, w oparciu o 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę
na przetwarzanie moich danych osobowych (imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia, stanowisko
oraz wizerunek) do celów informacyjnych i promocyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zostałam/em poinformowany/na, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej
cofnięciem.

.....
miejsowość data

.....
czytelny podpis wyrażającego zgodę

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY UDZIELAJĄCEJ ZGODY NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej również w skrócie: „RODO” Warszawski Uniwersytet Medyczny informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): adres e-mail: iod@wum.edu.pl, tel. (22) 57 20 320 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe (imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia, stanowisko, oraz wizerunek) przetwarzane będą w celach promocyjnych, informacyjnych i reklamowych związanych z działalnością Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na podstawie zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa oraz podmiotów z którymi Administrator zawarł umowy. Ponadto dostęp do Pani/Pana danych osobowych w postaci wizerunku będą miały osoby odwiedzające strony internetowe i oglądające media za pośrednictwem, których umieszczono Pani/Pana wizerunek.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/ Pana dane osobowe przechowywane będą przechowywane przez czas niezbędnych do realizacji celów, określonych w pkt 3 powyżej lub do czasu wycofania zgody. Po tym czasie będą przechowywane przez czas określony dla poszczególnych kategorii archiwalnych, którymi jest oznaczona dokumentacja zgromadzona w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego opracowanym na podstawie rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO), oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Nie przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
12. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
miejscowość, data

Oświadczenie drugiego członka zespołu

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIENIE WIZERUNKU I NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko), wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie, nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U.2019.1231 t.j. z dnia 2019.07.03 z późn. zm.), do celów informacyjnych i promocyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), przez rozpowszechnienie wizerunku w: broszurach, ulotkach, plakatach, prezentacjach, filmach oraz innych materiałach promocyjnych i informacyjnych dotyczących Uczelni oraz na stronie internetowej Uczelni, a także w oficjalnych mediach społecznościowych WUM.

Zostałam/zostałem poinformowany, iż wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć, spotkań, uroczystości, wycieczek i innych zbiorowych zgromadzeń mogą zostać rozpowszechnione poprzez umieszczenie ich na stronie internetowej Uczelni, mediach społecznościowych oraz wykorzystane w materiałach promocyjno-informacyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Oświadczam, że jestem nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych.

Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis wyrażającego zgodę

W związku z wyrażeniem zgody na rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Warszawski Uniwersytet Medyczny, w oparciu o 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia, stanowisko oraz wizerunek) do celów informacyjnych i promocyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zostałam/em poinformowany/na, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis wyrażającego zgodę

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY UDZIELAJĄCEJ ZGODY NA
ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej również w skrócie: „RODO” Warszawski Uniwersytet Medyczny informuje, iż:

13. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa.
14. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): adres e-mail: iod@wum.edu.pl, tel. (22) 57 20 320 lub pisemnie na adres Administratora.
15. Pani/Pana dane osobowe (imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia, stanowisko, oraz wizerunek) przetwarzane będą w celach promocyjnych, informacyjnych i reklamowych związanych z działalnością Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na podstawie zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
16. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa oraz pomiotów z którymi Administrator zawarł umowy. Ponadto dostęp do Pani/Pana danych osobowych w postaci wizerunku będą miały osoby odwiedzające strony internetowe i oglądające media za pośrednictwem, których umieszczono Pani/Pana wizerunek.
17. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
18. Pani/ Pana dane osobowe przechowywane będą przechowywane przez czas niezbędnych do realizacji celów, określonych w pkt 3 powyżej lub do czasu wycofania zgody. Po tym czasie będą przechowywane przez czas określony dla poszczególnych kategorii archiwalnych, którymi jest oznaczona dokumentacja zgromadzona w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego opracowanym na podstawie rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej.
19. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO), oraz prawo do przenoszenia danych.
20. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
21. Nie przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
22. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
23. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
24. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
miejsce, data