Warszawa, dnia ………….…..

............................................................................................

*imię i nazwisko pełnomocnika zgłaszającego kandydaturę*

*............................................................................................*

*nazwa jednostki*

*...............................*

*kod jednostki*

**Zgłoszenie**

**Kandydata na stanowisko DZIEKANA Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**na kadencję 2020-2024**

Zgodnie z zapisem §11 Regulaminu Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM zgłaszam kandydaturę:

..........................................................................................................................................

*imię i nazwisko kandydata*

kandydata na **DZIEKANA** Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kadencję 2020-2024

Jednostka organizacyjna, w której kandydat jest zatrudniony: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................

Wydział ............................................................................................................................

.............................................

*Podpis Pełnomocnika*

Załączniki:

1. imienny wykaz co najmniej 15 osób zgłaszających kandydata wraz z upoważnieniem dla pełnomocnika do złożenia zgłoszenia
2. oświadczenie Kandydata o spełnieniu warunków na kandydowanie,
3. zgoda kandydata na kandydowanie,
4. zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnych dotyczącym przetwarzania danych osobowych w ramach procedur wyborczych,
5. zgoda kandydata na przetwarzanie jego danych osobowych.

Załącznik nr 1

Imienny wykaz co najmniej 15 osób zgłaszających kandydata wraz z upoważnieniem dla pełnomocnika do złożenia zgłoszenia (*jeśli dotyczy*).

Wykaz osób zgłaszających kandydaturę Pani/Pana:

*\*Pracownikom przysługuje prawo zgłaszania jednego kandydata (§17 ust.1 Statutu WUM)*

..........................................................................................................

na Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM na kadencję 2020-2024:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podpis |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |

Wymieniona powyżej grupa osób upoważnia Panią/Pana:

..........................................................................................................................................

*Imię i nazwisko Pełnomocnika*

do złożenia kandydatury ..................................................................................................

*Imię i nazwisko kandydata na Dziekana*

na Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM w kadencji 2020-2024.

Załącznik nr 2

Imię i nazwisko kandydata ...................................................................

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA**

**o spełnieniu warunków określonych w § 94 ust. 1 Statutu WUM**

Jestem nauczycielem akademickim zatrudnionym w Uczelni, jako podstawowym miejscu pracy na stanowisku profesora lub posiadającym stopień doktora habilitowanego.

……….....................................

*Podpis kandydata*

Załącznik 3

Imię i nazwisko kandydata................................................................................................

**ZGODA KANDYDATA**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na kandydowanie na stanowisko DZIEKANA Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kadencję 2020-2024

Jednostka, w której zatrudniony jest kandydat:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

Wydział ..........................................................................................................................................

…………………………………………

*Podpis kandydata*

Warszawa, ........................ 2020 r.

Załącznik 4

***Obowiązek informacyjny***

***dotyczący przetwarzania danych osobowych w ramach procedur wyborczych***

*Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych - RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM), ul. Żwirki i Wigury 61,02-091 Warszawa, reprezentowany przez Rektora.*
2. *W WUM powołany został Inspektor Ochrony Danych (IOD) z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail iod@wum.edu.pl, adres: ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. (22) 57 20 320.*
3. *Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w celu przeprowadzenia czynności niezbędnych do zrealizowania procedur wyborczych uczelni publicznej. Administrator danych osobowych działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, i zachowuje autonomię w określaniu szczegółowych czynności niezbędnych do wyboru organów Uczelni - rektora i organów kolegialnych uczelni publicznej (w rozumieniu art. 17 tej ustawy).*
4. *Po przeprowadzeniu czynności wyborczych będziemy przetwarzać dane osobowe w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów, który wynika z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Podpisanie każdej z list osób zgłaszających kandydatów podobnie jak też podpisanie „Zgody i oświadczenia kandydata na* ***DZIEKANA Wydziału Nauk o Zdrowiu****” są jednoznaczne ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych – w tym także na przetwarzanie ich przez osoby zbierające podpisy na listach - tzn. podstawą przetwarzania jest zgoda, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).*
5. *Nie przewiduje się udostępniania danych osobowych gromadzonych w ramach czynności wyborczych żadnym odbiorcom, ale mogą one zostać ujawnione uprawnionym podmiotom prowadzącym postępowania na podstawie przepisów prawa.*
6. *Będziemy przechowywać Państwa dane ( imię, nazwisko miejsce zatrudnienia stopień, tytuł naukowy) przez okres realizacji czynności wyborczych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym mających na celu wyłonienie pierwszej Rady Uczelni, a następnie przez czas określony w przepisach i instrukcji kancelaryjnej obowiązującej u administratora tj. bezterminowo.*
7. *Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:*
8. *prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,*
9. *prawo do sprostowania i poprawiania swoich danych,*
10. *prawo do usunięcia danych osobowych, których przetwarzanie nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku określonego w przepisie prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,*
11. *prawo do ograniczenia przetwarzania danych,*
12. *prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że nasze przetwarzanie danych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).*
13. *Podanie Państwa danych osobowych i zgoda na ich wykorzystanie są dobrowolne, ale zarazem jest niezbędne do zrealizowania czynności określonych powyżej przy uwzględnieniu Państwa woli poparcia kandydata bądź kandydowania do organów Uniwersytetu.*
14. *Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą podlegały profilowaniu.*

**Zgoda**

W związku z treścią 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1. ze zm.), dalej: „Rozporządzenie RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach procedur wyborczych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i potwierdzam, że przedstawiono mi informacje o administratorze, zakresie, celu, podstawach i okresie takiego przetwarzania tych danych oraz o prawach jakie w związku z tym mi przysługują i rozumiem, że podanie moich danych jest niezbędne do kandydowania na **DZIEKANA Wydziału Nauk o Zdrowiu**.

...................................................

Podpis kandydata

Załącznik 5

……...............................................

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

w postępowaniu związanym z wyborem na stanowisko DZIEKANA Wydziału Nauk o Zdrowiu

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

…..........................................

Podpis kandydata