Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o naborze

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA LOKALNE ZAWODY SYMULACJI MEDYCZNEJ B.I.S. – BYDGOSKIE IGRZYSKA SYMULACJI**

**ZGŁOSZENIE ZESPOŁU:**

**Dane lidera zespołu\*:**

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Numer kontaktowy:

Kierunek: Rok studiów:

Tryb studiów:

Członkowie zespołu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kierunek studiów** | **Rok studiów** | **Tryb studiów** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Zgłoszenie należy przesłać na adres mailowy:** [**csm@cm.umk.pl**](mailto:csm@cm.umk.pl) **tytułując maila „Zgłoszenie na zawody” do dnia 29 lutego 2024 r.**

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – kandydaci do lokalnych zawodów symulacji medycznej**

Na podstawie 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, zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Uniwersytet Mikołaja Kopernika z siedzibą przy ul. Gagarina 11 w 87-100 Toruń (dalej: ADO, UMK).

2. Pana/Pani uzyskane w związku z rekrutacją i realizacją zawodów symulacji medycznej będą przechowywane przez nas przez okres prowadzenia rekrutacji oraz okresu przygotowania i realizacji lokalnych zawodów symulacji.

3. Przysługują Panu/Pani prawa, które zrealizujemy na wniosek o:

1) żądanie dostępu do danych osobowych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania,

2) sprzeciw wobec przetwarzania, przeniesienie danych osobowych przetwarzanych w systemach informatycznych do innego administratora.

4. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne do wykonania celu wymienionego w pkt 2,   
a brak ich podania spowoduje niemożliwość przeprowadzenia procesu rekrutacji.

5. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

6. Jeżeli chce Pan/Pani skontaktować się z ADO w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności w związku z wniesieniem wniosku o realizację przysługujących praw prosimy o kontakt pod adresem e-mail: abi@umk.pl lub adresem korespondencyjnym ADO, z dopiskiem „IOD”.

Po zapoznaniu się z treścią powyższej informacji wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez UMK w Toruniu dla celu związanego z rekrutacją na lokalne zawody symulacji medycznej.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem zawodów symulacji 2023 r. i akceptuję jego zapisy.

W związku z moim udziałem w lokalnych zawodach symulacji medycznej w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć i nagrań z moim udziałem oraz na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej www.cm.umk.pl, fanpagu Centrum Symulacji Medycznych CM UMK na portalu społecznościowym facebook oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

…………………………………

data i podpis lidera

data i podpis członka zespołu:

1………………………………

2………………………………

3………………………………

4………………………………