

Zgoda na przetwarzanie wizerunku i danych osobowych

.....

(imię i nazwisko)

.....

(nazwa Uczelni)

W związku z uczestnictwem w Ogólnopolskich Zawodach Symulacji Medycznej SimChallenge 2026 w Bydgoszczy, oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody¹ na przetwarzanie moich danych osobowych oraz nagrywanie, przetwarzanie i rozpowszechnianie w całości lub we fragmentach mojego wizerunku, głosu i/lub wypowiedzi zarejestrowanych, w związku z realizacją materiału Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej SimChallenge 2026 w Bydgoszczy.

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO²:

1. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 13-15 w Bydgoszczy.
2. 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: iod@umk.pl lub adresem korespondencyjnym ADO, z dopiskiem „IOD”.

¹ Niepotrzebne skreślić

² Rozporządzenie RODO - Rozporządzenie 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)

3. Dane osobowe przetwarza się w celu Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej SimChallenge 2026 w Bydgoszczy na podstawie udzielonej zgody art. 6 ust. 1 lt. A RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres maksymalnie 1 roku lub dłużej w przypadku zaistnienia incydentu.
6. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od Administratora Danych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
7. Posiada Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak uniemożliwi to Panu/Pani udział w zawodach.
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe.
11. Zgoda na nagrywanie zadań zawodów symulacji medycznej jest dobrowolna, nagrania nie podlegają udostępnieniu w celach innych niż do procesu oceny zadań zawodów symulacji medycznej.

Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)