|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna dla uczestnika** **SESJA POSTEROWA**organizowana w ramach XII Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach |
| **Obowiązek informacyjny na podstawie artykułu 13 RODO\*:** |
| **1. Administrator danych**Administratorem, czyli podmiotem decydującym, o tym jak będą wykorzystywane Twoje dane osobowe jest Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach reprezentowana przez Rektora z siedzibą przy ul. Mickiewicza 29, 40-085 Katowice. Możesz się z nami skontaktować:* telefonicznie: 32 207 27 09
* mailowo: biuro@swsm.pl.

**2. Inspektor Ochrony Danych**Rektor Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym możesz się kontaktować w sprawach dotyczących Twoich danych osobowych.Z Inspektorem możesz się skontaktować wysyłając maila na adres: inspektordanych@swsm.pl **3. Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**Za Twoją zgodą przetwarzamy Twoje dane w celu organizacji i przeprowadzenia *Sesji Posterowej,* w ramach XII Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach. Zgodę możesz cofnąć w dowolnym momencie wysyłając maila na adres: biuro@swsm.pl. Bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.Administrator danych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych.Administrator danych nie planuje dalej przetwarzać Twoich danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane zostały zebrane. **4. Okres przechowywania Twoich danych osobowych**Twoje dane osobowe będą przetwarzane do czasu odwołania zgody na przetwarzanie. **5. Odbiorcy Twoich danych**Odbiorcami Twoich danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa. Twoje dane nie będą przekazywane odbiorcom do kraju trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**6. Twoje prawa związane z przetwarzaniem**Posiadasz prawo do żądania od Administratora danych dostępu do Twoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.**7. Obowiązek podania danych i konsekwencje niepodania danych**Podanie danych jest dobrowolne, jednak w przypadku ich niepodania nie będziesz mógł brać czynnego udziału w *Sesji Posterowej,* w ramach XII Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach.**8. Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**Gdy uznasz, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych masz prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |
| **Zgoda na przetwarzanie danych: (zaznaczenie x jest równoznaczne z wyrażeniem zgody)** |
| **☐** | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym w powyższym kwestionariuszu przez Śląską Wyższą Szkołę Medyczną w Katowicach w celu organizacji i przeprowadzenia ***Sesji Posterowej,* w ramach XII Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach**. Wiem, że przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie przez wysłanie maila na adres: biuro@swsm.pl. Zapoznałem się z powyższym obowiązkiem informacyjnym. |
| **Zgoda na wykorzystanie wizerunku:** |
| Ja niżej podpisana/y ..................................................................................posługująca/y się Nr PESEL ..................................................................... Oświadczam, że:1. Wyrażam zgodę na rejestrację przebiegu SESJI POSTEROWEJ zorganizowanej w ramach **XII Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach**, utrwalonego w postaci filmu i zdjęć zapisanych na nośniku elektronicznym. Materiał ten poza konferencją będzie wykorzystywany przez Śląską Wyższą Szkołę Medyczną w Katowicach (SWSM) w promocji kierunku, kampaniach reklamowych, prowadzonych na rzecz i w celu promocji Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach.
2. Zezwalam na korzystanie z mojego wizerunku, utrwalonego na nośnikach cyfrowych, uzyskanych w wyniku rejestracji przebiegu SESJI POSTEROWEJ. Wszelkie prawa autorskie i majątkowe do uzyskanych w trakcie rejestracji SESJI POSTEROWEJ, jak i własność nośników, na którym utrwalony zostanie wizerunek Uczestnika Sesji przysługiwać będą SWSM.
3. Zezwalam na nieodpłatne korzystanie z mojego wizerunku i danych osobowych w celu opisanym w pkt. 1 niniejszego oświadczenia w myśl przepisów obowiązującego prawa, zwłaszcza ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz ustawy o ochronie danych osobowych.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że uprawnienia SWSM do korzystania z utrwalonego w trakcie rejestracji SESJI POSTEROWEJ wizerunku Uczestnika Sesji oraz uzyskanych fotogramów nie są ograniczone czasowo ani terytorialnie.
5. Zostałam/em poinformowana/y, że SWSM ma prawo wykorzystać uzyskany w sposób opisany w niniejszym oświadczeniu wizerunek Uczestnika SESJI POSTEROWEJ w dowolnym terminie, formie, także w połączeniu z utworami innych autorów, razem z wizerunkami innych osób, w całości, bądź części na wszelkich polach eksploatacji, przy zastrzeżeniu celu określonego w pkt. 1 oświadczenia.
6. Nie roszczę i nie będę rościć żadnych pretensji, w tym finansowych, w związku z wykorzystywaniem mojego wizerunku i danych osobowych zgodnie z celem opisanym w pkt. 1 niniejszego oświadczenia.

 …………………………………….podpis |