|  |  |
| --- | --- |
| **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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 | |