

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NA STUDIA PODYPLOMOWE W ROKU AKADEMICKIM ………… /…………

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

 *(nazwa studiów podyplomowych)*

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

*(nazwa wydziału/jednostki organizacyjnej AGH)*

1. Imię (imiona) .........................................................................................................
2. Nazwisko ...............................................................................................................
3. Nazwisko rodowe ....................................................................................................
4. Płeć: Kobieta / Mężczyzna\*
5. Data urodzenia .......................................................................................................
6. Miejsce urodzenia ...................................................................................................
7. PESEL ....................................................................................................................

*w przypadku braku nr PESEL* ....................................................................................

 *(rodzaj, numer, kraj wydania dokumentu tożsamości)*

1. Kraj obywatelstwa ...................................................................................................
2. Adres zamieszkania .................................................................................................
3. Adres do korespondencji ..........................................................................................
4. Adres e-mail ..........................................................................................................
5. Numer telefonu ......................................................................................................
6. Miejsce uzyskania świadectwa dojrzałości: Polska / poza Polską\*
7. Wykształcenie ........................................................................................................

 *(nazwa szkoły wyższej, rok jej ukończenia)*

1. Tytuł zawodowy ......................................................................................................

W razie nagłego wypadku zawiadomić\*\* ....................................................................................

 *(imię i nazwisko, numer telefonu)*

*Poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym formularzu.*

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

*(miejscowość i data) (czytelny podpis)*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 z dnia 4 maja 2016r.] zwanego dalej RODO, **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w celu:

1. otrzymywania informacji o świadczonych przez administratora usługach edukacyjnych\*;
2. otrzymywania informacji o wydarzeniach, konkursach, konferencjach, ankietach, prowadzonych kampaniach promocyjnych reklamowych i innych działaniach marketingowych związanych z działalnością Administratora\*.

Jednocześnie oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz zostałem/am poinformowany/na o możliwości wycofania zgody w każdym czasie, a także o możliwości jej rozliczalności. Cofnięcie zgody na przetwarzanie nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

*\* niepotrzebne skreślić*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica
w Krakowie, al. A. Mickiewicza 30, 30-059 Kraków;
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: iodo@agh.edu.pl, tel.: 12 617 53 25;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji na studia podyplomowe
w AGH, a w razie przyjęcia na studia w celu obsługi, realizacji i archiwizacji toku studiów na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), a w szczególności Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.);
4. Pani/Pana dane osobowe będą również przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody – (art. 6 ust. 1 lit.
a RODO) w zakresie i dla celów określonych w oświadczeniu zgody;
5. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty świadczące na rzecz AGH usługi informatyczne i administracyjne. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku
z prowadzonym postępowaniem;
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych tj. przez okres wynikający z prawa wewnętrznego AGH – Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt oraz z przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
7. posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania
w przypadkach i na warunkach określonych w RODO;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym profilowaniu;
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane państwom trzecim lub organizacjom międzynarodowym
11. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu rekrutacji oraz właściwego dokumentowania toku studiów.

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

 *(miejscowość i data) (podpis osoby składającej formularz)*