

Akt przekazania zwłok

Ja - niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

urodzony/a dnia _____ **w** _____

adres zamieszkania: _____
kod, miejscowość , ulica, nr domu/mieszkania

numer PESEL _____

numer telefonu kontaktowego: _____, **e-mail:** _____

postanawiam przekazać po śmierci moje ciało do celów dydaktycznych oraz celów naukowych Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach.

Oświadczam, że:

- **zapoznałem/łam się z treścią Programu Świadomej Donacji Zwłok Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,**
- **wyrażam zgodę, aby po zakończeniu badań, prochy moje zostały pochowane w ramach organizowanego przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Memoriału im. Ojca Profesora Innocentego Marii Józefa Bocheńskiego we wskazanym przez Uczelnię czasie i miejscu.**
- **o terminie i miejscu pochówku moich prochów należy poinformować niżej wymienioną osobę:**

.....
(imię i nazwisko, adres, tel., email)

***Wyrażam zgodę, aby moje nazwisko umieszczone było na tablicy Donatorów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (w miejscu pochowania zwłok).**

***Nie wyrażam zgody, aby moje nazwisko umieszczone było na tablicy Donatorów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (w miejscu pochowania zwłok).**

* zaznaczyć właściwe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z Programem Świadomej Donacji Zwłok. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo do wycofania udzielonej zgody w danym momencie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia skierowanego do Uczelni, do której zostanie przedłożony *Akt przekazania zwłok*.

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

- 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: tel. 32 208 3630 e-mail: iod@sum.edu.pl;
- 3) Dane osobowe przetwarza się w celach realizacji Programu Świadomej Donacji Zwłok na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO t.j udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych;
- 5) Dane będą przechowywane przez okres 30 lat zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt stanowiącym załącznik do Instrukcji Kancelaryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych na zasadach określonych w przepisach Rozporządzenia RODO;
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania wyrażonej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,;
- 9) Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym celem zapewnienia prawidłowej realizacji Programu Świadomej Donacji Zwłok Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- 10) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Miejscowość, data

czytelny podpis donatora

czytelny podpis osoby wskazanej
do poinformowania o pochówku