

PROGRAM ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK

Tekst jednolity

§ 1

Celem Programu Świadomej Donacji Zwłok (zwanym dalej Programem) jest pozyskiwanie świadomych ofiarodawców swojego ciała po śmierci do celów dydaktycznych oraz do celów naukowych wynikających z obowiązujących programów nauczania studentów dla poszczególnych poziomów i kierunków nauczania, kształcenia podyplomowego prowadzonych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (dalej: Uczelnia).

§ 2

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w ramach Programu przyjmuje zwłoki ludzkie do celów wskazanych w §1, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, Rozporządzenie w sprawie trybu i warunków przekazania zwłok do celów naukowych), na podstawie pisemnego oświadczenia osób, które zadeklarowały przekazanie swojego ciała po śmierci dla Uczelni.
2. Donatorem może zostać osoba, która przystąpiła do Programu, poprzez złożenie do Uczelni Aktu przekazania zwłok, którego wzór stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszego Programu. Podpis Donatora na ww. Akcie wymaga poświadczenia notarialnego.
3. Akt przekazania zwłok, o którym mowa w ust. 2. należy dostarczyć na adres Uczelni tj.:
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Poniatowskiego 15
40-055 Katowice
4. Po otrzymaniu Aktu przekazania zwłok, o którym mowa w ust. 2 i jego zarejestrowaniu, Uczelnia wyda Donatorowi potwierdzenie, zgodnie ze wzorem określonym w Załączniku nr 2 do niniejszego Programu.
5. Akt przekazania zwłok jest dobrowolny i nieodpłatny i nie może być źródłem żadnych korzyści majątkowych, ani ich obietnicy dla Donatora ani osób wykonujących Jego wolę po śmierci.

§ 3

1. Donator zobowiązany jest niezwłocznie pisemnie poinformować Uczelnię o wszelkich zmianach dotyczących danych osobowych zawartych w Akcie przekazania zwłok, w tym danych adresowych.
2. Donatorowi przysługuje prawo do sprostowania danych osobowych w każdym momencie.

3. Donator ma prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz do rezygnacji z udziału w Programie. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych lub rezygnacja z udziału w Programie wymaga dostarczenia do siedziby Uczelni oświadczenia Donatora wraz z potwierdzonym notarialnie podpisem, zgodnie ze wzorem, który stanowi Załącznik nr 3 do niniejszego Programu.
4. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest jednoznaczne z rezygnacją z Programu.
5. Zgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych (RODO) Donator ma w szczególności prawo do:
 - żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”),
 - sprostowania danych osobowych,
 - przenoszenia danych osobowych.
6. Usunięcie, sprostowanie i przenoszenie danych osobowych wymaga przedłożenia przez Donatora pisemnego oświadczenia skierowanego do Uczelni.
7. Zmiana adresu poza obszar wskazany w §4 ust. 1 skutkuje utratą statusu Donatora.
8. Uprawnienia wynikające z niniejszego paragrafu nie mogą stać w sprzeczności z wewnętrznymi regulacjami Uczelni.

§ 4

1. Donatorem może zostać osoba zameldowana i przebywająca na terenie województw: śląskiego, opolskiego i małopolskiego.
2. Donator w ramach niniejszego Programu pozostaje anonimowy dla osób trzecich o ile nie wyrazi w Akcie przekazania zwłok zgody na ujawnienie swoich danych osobowych.
3. W przypadku wyrażenia przez Donatora zgody na ujawnienie swoich danych osobowych (imię i nazwisko oraz data urodzenia i śmierci), zostaną one umieszczone na tablicy pamiątkowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (w miejscu pochówku).
4. W przypadku wyrażenia przez Donatora lub rodzinę Donatora woli umieszczenia na tablicy pamiątkowej informacji o nadaniu odznaczenia lub orderu przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w drodze Postanowienia opublikowanego w Monitorze Polskim należy zwrócić się z taką prośbą do Uczelni (tj. ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice) na piśmie. Do przedmiotowego pisma należy załączyć kserokopię Postanowienia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej oraz kserokopię legitymacji.

§ 5

1. Donator sam decyduje i wyznacza osobę, która poinformuje Uczelnię o jego śmierci i we własnym zakresie winien wskazać tej osobie tryb postępowania w przypadku zgonu.
2. Informację o zgonie Donatora należy niezwłocznie przekazać Uczelni pod numerem tel. 32 252 64 87.
3. W przypadku braku możliwości skontaktowania się z Uczelnią poza godzinami funkcjonowania Uczelni tj. w weekendy, dni świąteczne i inne, osoba zgłaszająca zgon (rodzina, DSP, Szpital i in.) winna podjąć czynności mające na celu zabezpieczenie zwłok (tj. kontakt z **komunalnym** zakładem pogrzebowym, kostnicą przyszpitalną itp.) do czasu odbioru ciała przez Uczelnię. W takim przypadku Uczelnia nie ponosi kosztów zabezpieczenia zwłok.

4. Uczelnia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niewykonania postanowienia, o którym mowa w ust. 1, 2 i 3 powyżej.
5. Uczelnia ponosi koszty za transport zwłok z terenu wskazanego w §4 ust. 1 do Uniwersytetu, jak również koszty związane z kremacją zwłok i pochówkiem w ramach Programu w miejscu wskazanym przez Uczelnię.
6. Odbiór zwłok przez Uczelnię możliwy jest wyłącznie w przypadku przekazania Uczelni oryginału Aktu zgonu oraz kopii karty zgonu lub zaświadczenia lekarza stwierdzającego zgon z informacją o przyczynie zgonu. O ile istnieje taka możliwość Uczelnia przejmuje również dokumentację medyczną.
7. Przekazanie zwłok odbywa się w sposób zapewniający zachowanie godności należytej zmarłemu.

§ 6

1. Uczelnia ma prawo do odstąpienia od przyjęcia zwłok w przypadkach przewidzianych przepisami prawa, w tym w sytuacji gdy zgon nastąpił poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub województw określonych w § 4 ust. 1, a także w przypadku:
 - 1) gdy z przyczyn formalnych i technicznych brak jest możliwości przewiezienia ciała do Uczelni w terminie do 5 dni od daty zgonu lub gdy zgon nastąpił w terminie niemożliwym do ustalenia,
 - 2) zwłok w stanie rozkładu gnilnego,
 - 3) stwierdzonego samobójstwa,
 - 4) zwłok poddanych badaniu sekcyjnemu,
 - 5) zwłok po amputacji kończyn,
 - 6) stwierdzonego koronawirusa, cytomegalii, wirusa żółtaczk, HIV i ogólnoustrojowego wirusowego i bakteryjnego zakażenia będącego potencjalnym zagrożeniem dla pracowników i studentów,
 - 7) zmarłego w wyniku uogólnionej choroby nowotworowej (m.in. powikłania w wyniku chemioterapii i radioterapii),
 - 8) wystąpienia przyczyn organizacyjnych, które uniemożliwiają realizację Programu, w tym np.: zawieszenia realizacji Programu odrębnymi przepisami, brak wolnego miejsca do przechowywania ciała przez Uczelnię.
2. W przypadku odstąpienia od przyjęcia zwłok Uczelnia nie zwraca kosztów poniesionych w związku z przystąpieniem do Programu (np.: koszty notarialne, korespondencji, itp.)

§ 7

1. Pochówek Donatora nastąpi w ramach Memoriału im. Ojca Profesora Innocentego Marii Józefa Bocheńskiego w wyznaczonym przez Uczelnię czasie i miejscu.
2. Informacje o pochówku Donatorów Uczelnia opublikuje na stronie internetowej: **www.donacja.sum.edu.pl** oraz www.sum.edu.pl.

Rektor
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański

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 i 14 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 o pochówku

czytelny podpis osoby wskazanej do
poinformowania o pochówku

<p>PROGRAM ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK im. OJCA PROFESORA INNOCENTEGO JÓZEFA MARII BOCHEŃSKIEGO</p> <p>Pan/i zamieszkały/a w: złożył/a w dniu w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach <i>Akt przekazania zwłok</i>, poświadczony notarialnie</p> <p>Rep. A. Nr z dnia dotyczący przekazania po śmierci swojego ciała Uczelni.</p>	<p>PROGRAM ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK im. OJCA PROFESORA INNOCENTEGO JÓZEFA MARII BOCHEŃSKIEGO</p> <p>W razie mojej śmierci proszę o kontakt z Uczelnią:</p> <p>Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach ul. Poniańskiego 15 40-055 Katowice tel.: (32) 252 64 87 e-mail: donacja@sum.edu.pl</p> <p>www.donacja.sum.edu.pl</p>
---	---

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

numer PESEL _____

**oświadczam, że rezygnuję z udziału w Programie Świadomej Donacji Zwłok
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i wycofuję moją zgodę
na przetwarzanie danych osobowych.**

miejsowość, data

czytelny podpis