**Uniwersytet Medyczny**

**im. Karola Marcinkowskiego**

 **w Poznaniu**

**Zakład Anatomii Prawidłowej**

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w „Programie Świadomej Donacji Zwłok” w Zakładzie Anatomii Prawidłowej zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.**

1. Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań - Zakład Anatomii Prawidłowej, ul. Święcickiego 6, 61-781 Poznań.
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań za pomocą numer telefonu 61 854 60 24.
3. Dane osobowe Pani/Pana będą przetwarzane w celu realizacji „Programu Świadomej Donacji Zwłok” w Zakładzie Anatomii Prawidłowej.
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest warunkiem udziału w Programie Świadomej Donacji Zwłok.
5. Dane osobowe Pani/Pana będą udostępniane wyłącznie do celów związanych z „Programem Świadomej Donacji Zwłok” pracownikom Zakładu Anatomii oraz upoważnionym pracownikom Zakładu Pogrzebowego przygotowującego pochówek. Odbiorcami danych osobowych są również merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych.
6. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu „Programu Świadomej Donacji Zwłok”.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do usunięcia a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczne z usunięciem Pani/Pana „Oświadczenia woli” z Programu Świadomej Donacji Zwłok. Donatorzy mają prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz rezygnacji w udziale w Programie Świadomej Donacji Zwłok. Wycofanie zgody i rezygnacja udziału w Programie wymaga przedłożenia pisemnego oświadczenia potwierdzonego notarialnie i dostarczenia go do Uczelni.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, ul. Stawki 2 00-193 Warszawa w sytuacji kiedy Pani/Pan uzna, że przetwarzania danych osobowych narusza przepisy prawa.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do kraju trzeciego tzn; poza UE oraz nie podlegają profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z przedstawioną treścią obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO.

……………………………….. …………………………….

 Miejscowość, data czytelny podpis Donatora

……………………………….. …………………………….

 Miejscowość, data czytelny podpis osoby wymienionej na Oświadczeniu

……………………………….. …………………………….

 Miejscowość, data czytelny podpis osoby wymienionej na Oświadczeniu

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, Zakład Anatomii Prawidłowej, ul. Święcickiego 6, 61-781 Poznań. podanych w „Oświadczeniu Woli” oraz do realizacji celów „Programu Świadomej Donacji Zwłok” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 – art.6, lit. a) oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Dz. U. z dnia 24 maja 2018 r. poz. 1000.

……………………………… ………………………………

 Miejscowość, data czytelny podpis Donatora

……………………………… ………………………………

 Miejscowość, data czytelny podpis osoby wymienionej na Oświadczeniu

……………………………… ………………………………

 Miejscowość, data czytelny podpis osoby wymienionej na Oświadczeniu