

## ***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** \_\_\_\_\_

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

**Wyrażam zgodę aby po zakończeniu badań, prochy moje zostały pochowane w ramach organizowanego przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Memorialu im. Ojca Profesora Innocentego Marii Józefa Bocheńskiego**

**Wyrażam zgodę, aby moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.**

**nie wyrażam zgody, aby moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.**

\* odpowiednią decyzję proszę zakreślić znakiem X

**Oświadczam, że zapoznałem/lam się z treścią Programu Świadomej Donacji Zwłok Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz wyznaczyłem/lam osobę zobowiązaną do powiadomienia Uczelni o moim zgonie.**

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 Jednostki, 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. Poniańskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych dostępne są pod numerem tel. 32 208 36 00 lub na stronie internetowej [sum.edu.pl](http://sum.edu.pl) oraz [iod.sum.edu.pl](http://iod.sum.edu.pl);
- 3) Dane osobowe przetwarzają się w celu badań naukowych, celów dydaktycznych oraz usług badawczych i wyspecjalizowanych usług diagnostycznych 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 zwrócić się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych.
- 5) SUM nie przewiduje przekazywania danych osobowych do Państw trzecich.
- 6) Dane będą przechowywane przez okres 30 lat zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt stanowiącym załącznik do Instrukcji Kancelaryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- 7) 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 i prawo do przenoszenia danych;
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego;
- 10) Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym celem zapewnienia prawidłowej realizacji Programu Świadomej Donacji Zwłok Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- 11) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

-----  
Miejscowość, data

-----  
czytelny podpis