

PEŁNOMOCNICTWO

Dane kandydata	
Nazwisko i imię:	
Adres zamieszkania:	
Seria i nr dowodu osobistego/paszportu:	
Data ważności dokumentu:	

Ja niżej podpisany(a) upoważniam Pana(ią) (pełnomocnikiem może być tylko osoba pełnoletnia)

Dane pełnomocnika	
Nazwisko i imię:	
Adres zamieszkania:	
Seria i nr dowodu osobistego/paszportu:	
Data ważności dokumentu:	

do działania w moim imieniu w zakresie dokonania wszystkich wymaganych czynności związanych z procesem rekrutacji na studia w Uniwersytecie Jana Długosza w Częstochowie na rok akademicki 2024/2025, w szczególności do:

- doręczenia świadectwa dojrzałości albo dyplomu ukończenia studiów i innych dodatkowych dokumentów wymaganych od osoby ubiegającej się o przyjęcie na studia;
- złożenia podpisu pod wszelkimi dokumentami związanymi z podjęciem studiów w szczególności pod kwestionariuszem osobowym, zawierającym zapoznanie się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych;
- dokonania wpisu na pierwszy rok studiów,
- odbioru skierowania na badania lekarskie oraz doręczenia zaświadczenia od lekarza medycyny pracy (jeśli jest wymagane),

Niniejsze pełnomocnictwo jest ważne wyłącznie z oryginałem lub kopią dokumentu tożsamości (dowodu osobistego lub paszportu) kandydata

..... (miejscowość, data) (własnoręczny, czytelny podpis) PODPIS KANDYDATA
------------------------------	---

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH KANDYDATA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie informuje, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie, ul. Waszyngtona 4/8, 42-217 Częstochowa;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Uniwersytecie Jana Długosza w Częstochowie: e-mail: iod@ujd.edu.pl, tel. 34 37-84-133;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji, a następnie procesu kształcenia oraz ewentualnego przyznania pomocy materialnej, stypendium doktoranckiego. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego administratora;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: podmiot przyjmujący na praktyki zawodowe oraz ubezpieczyciel (w przypadku korzystania z oferowanego za pośrednictwem administratora ubezpieczenia NNW), Pani/ Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom w celach kontrolnych i audytowych oraz pomocy prawnej i obrony roszczeń oraz tym podmiotom, z którymi administrator danych osobowych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami obowiązującego prawa – 50 lat, a w przypadku, gdy kandydat nie przejdzie pomyślnie procesu rekrutacyjnego i nie wyrazi chęci zachowania swojego konta na poczet przyszłych rekrutacji dane zostaną usunięte po 6 miesiącach od zakończenia elektronicznej rekrutacji, a w zakresie danych zawartych w albumie studentów - bezterminowo;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania;
- 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 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przeprowadzenia procesu rekrutacji, a następnie procesu kształcenia/ zawarcia z Panią/Panem umowy;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym w formie profilowania.

Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości.

..... (miejscowość, data) (własnoręczny, czytelny podpis osoby upoważnionej) PODPIS PEŁNOMOCNIKA
------------------------------	---

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PEŁNOMOCNIKA

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do niniejszej zgody, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania czynności objętych niniejszym pełnomocnictwem.

..... (miejscowość, data) (własnoręczny, czytelny podpis osoby upoważnionej) PODPIS PEŁNOMOCNIKA
------------------------------	---