Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Białystok , dnia.....

ZGODA NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Ja, niżej podpisany/a ....., zamieszkały/a w ..... przy ul. ..... wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Wyższą Szkołę Medyczną utrwalonego w postaci zdjęć przedstawiających moją osobę wykonanych przez pracowników Uczelni w ramach zawodów symulacyjnych (*wydarzenie w trakcie którego miałoby dojść do wykonywania ww. zdjęć*), zamieszczonych w materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, w publikacjach prasowych, bez ograniczeń terytorialnych i czasowych.

Zgoda obejmuje: wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę, powielanie, oraz tworzenie kopii zapasowych wykonanych zdjęć przedstawiających moją osobę, jak również publiczne rozpowszechnienie oraz udostępnienie wykonanych fotografii w publikacjach prasowych, np. w dziennikach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych gdzie publikowana jest informacja o Uczelni, a także udostępnienie fotografii na stronach internetowych Uczelni, na stronach gdzie zamieszczana jest informacja o Uczelni, w szczególności na: portalach edukacyjnych, portalach informacyjnych, portalach społecznościowych (np.: Facebook, Instagram), oraz na innych stronach internetowych, na których podawane są do publicznej wiadomości przez Uczelnie materiały fotograficzne, np.: w portalu „YouTube", a także zamieszczanie w materiałach promocyjnych i informacyjnych WSMED w formie papierowej i na nośnikach danych np. cd/dvd/usb oraz umieszczanie w formie elektronicznej „online" na stronie internetowej Uczelni.

.....

(czytelny podpis)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w oparciu o wymogi Rozporządzenia ogólnego o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie, w celu potwierdzenia prawa do rozpowszechniania mojego wizerunku przez Wyższą Szkołę Medyczną w Białymstoku, która będzie Administratorem Danych Osobowych.

…….

(czytelny podpis)

Przyjmuję do wiadomości, że :

1. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wykorzystania zdjęć;

2. mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać e-mailem na adres: iod@wsmed.pl.;

3. mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ochrony danych osobowych;

4. dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie posiadającym odpowiednie upoważnienie na podstawie przepisów prawa krajowego lub unijnego;

5. udostępnione dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6. moje dane osobowe będą przetwarzane przez czas korzystania ze zdjęć oraz przez czas niezbędny do ewentualnych postępowań wyjaśniających;

7. w przypadku zaprzestania korzystania ze zdjęć moje dane zostaną usunięte;

8. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych nadzorującym prawidłowość przetwarzania w.w. danych osobowych można skontaktować się pod adresem e-mail: iodo@afm.edu.pl.

…….

(czytelny podpis)