Białystok, dnia ………………………

**REKTOR UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

**Zawiadomienie o planowanym zgromadzeniu na terenie UMB**

# WNIOSKODAWCA:

1. Nazwa wnioskodawcy (w przypadku osoby fizycznej – imię i nazwisko):
………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Siedziba organizatora lub adres zamieszkania:
………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Adres do korespondencji:
………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Telefon:
………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Adres e-mail:
………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Dane Przewodniczącego zgromadzenia (imię i nazwisko, adres zamieszkania i korespondencji, numer telefonu, adres e-mail):
………………………………………………………………………………………………………………………………

# INFORMACJE O ORGANIZOWANYM ZGROMADZENIU:

1. Czas i miejsce rozpoczęcia planowanego zgromadzenia oraz planowany czas trwania zgromadzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………
2. Cel i zasadnicze punkty zgromadzenia:
………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Środki służące zapewnieniu spokojnego przebiegu zgromadzenia:
………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Informacja o liczbie osób planowanego zgromadzenia:
………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Informacja o ewentualnym uznaniu zgromadzenia za zgromadzenie o podwyższonym ryzyku:
………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Informacja czy czas, miejsce i przebieg zgromadzenia mogą zakłócać organizację procesu dydaktycznego: …………………………………………………………………………………………………………………

**Podpis wnioskodawcy: …………………………………………………………**

**Podpis przewodniczącego zgromadzenia: …………………………………………………………**

Dotyczy osób fizycznych, składających zawiadomienie:

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
2. w sprawach moich danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych powołanym w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, wysyłając wiadomość na adres email: iod@umb.edu.pl,
3. moje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (art. 52 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce) w celu złożenia zawiadomienia o planowanym zgromadzeniu na terenie Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku oraz w celach archiwizacyjnych,
4. moje dane osobowe będą ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora Danych oraz podmiotom na podstawie przepisów prawa,
5. moje dane osobowe przechowywane będą zgodnie z przepisami archiwizacyjnymi,
6. posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania,
7. posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, gdy uzasadnione jest, że zachodzą okoliczności wskazane w art. 17, 18 i 21 RODO,
8. posiadam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z RODO,
9. podanie danych osobowych jest niezbędne do złożenia zawiadomienia o planowanym zgromadzeniu na terenie Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

**Podpis: ………………………………………………………**