Białystok, dnia ………………………

**WYRAŻAM ZGODĘ** (data, podpis i pieczątka): ……………………………

**REKTOR UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zgromadzenia w budynku (pomieszczeniu) 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 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:  
   ………………………………………………………………………………………………………………………..
7. Informacja o sposobie zabezpieczenia imprezy:  
   ………………………………………………………………………………………………………………………..
8. Charakter wstępu na imprezę (otwarty, zamknięty, biletowany, inny):  
   ………………………………………………………………………………………………………………………..
9. Inne dane istotne (udział władz, udział mediów, wyposażenie audiowizualne, wjazd na teren UMB cateringu, inne):  
   ………………………………………………………………………………………………………………………..
10. Dane osoby reprezentującej organizatora w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa osób uczestniczących w imprezie (kierującego zabezpieczeniem):   
    ………………………………………………………………………………………………………………………..  
    Komórkowy tel. Kontaktowy: ………………………………………………………………………………

**Podpis wnioskodawcy:** .......................................................

**Podpis przewodniczącego zgromadzenia:** .......................................................

# OPINIE:

1. Kanclerz/Prorektor/Dziekan (data i podpis): ………………………………………………………………………
2. Administrator budynku (data i podpis): ………………………………………………………………………
3. Specjalista ds. PPOŻ. (data i podpis): ………………………………………………………………………

**Dotyczy osób fizycznych, składających wniosek:**

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](mailto: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 otrzymania zgody na przeprowadzenie zgromadzenia w budynku/pomieszczeniu 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 w celu otrzymania zgody na przeprowadzenie zgromadzenia w budynku/pomieszczeniu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

**Podpis: ……………………………………………**