

AKT DONACJI

Ja – niżej podpisana/y

(imię i nazwisko)

urodzona/y dniaw

zamieszkała/y w:

(ulica, miejscowość, kod pocztowy)

legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez w dniu

numer PESEL tel. kontaktowy

Postanawiam nieodpłatnie przekazać po śmierci moje ciało Wydziałowi Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu dla celów naukowych i dydaktycznych związanych z kształceniem studentów na kierunku lekarskim.

O moim postanowieniu powiadomiłem/am następujące osoby:

1.zam. w tel.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, kod pocztowy)

ul.....

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

2.zam. wtel.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, kod pocztowy)

ul.....

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

które zobowiązały się do niezwłocznego powiadomienia Akademii o moim zgonie:

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu,

ul. Św. Józefa 23/35, 87-100 Toruń, tel. 56 610 71 00 (telefon czynny całodobowo)

.....

(podpisy osób zobowiązanych do powiadomienia Akademii)

Wolą moją jest by po zakończeniu badań moje ciało zostało pochowane w obrządku,

życzę sobie, aby moje zwłoki zostały:

- spopielone*;

- pochowane tradycyjnie*;

Obowiązek pochówku spoczywa na Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu, o czym zostaną powiadomione wskazane osoby:

1.zam. w tel.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, kod pocztowy)

ul.....

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

2.zam. w tel.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, kod pocztowy)

ul.....

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(czytelny podpis donatora)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na ujawnienie po śmierci moich danych osobowych

(imię, nazwisko, rok urodzenia i rok śmierci) na tablicy Donatorów Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu, utworzonej w przyszłości celem upamiętnienia darczyńcy.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Programu Świadomej Donacji Zwłok w Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu.

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(czytelny podpis donatora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z realizacją Programu Świadomej Donacji Zwłok przez Akademię Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią „**Programu Świadomej Donacji Zwłok**” w Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu.

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(czytelny podpis donatora)

wymagane notarialne poświadczenie podpisu

Oryginał oświadczenia wraz z poświadczeniem notarialnym należy przesłać lub dostarczyć osobiście do sekretariatu Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu w Toruniu, ul. św. Józefa 23/35, 87-100 Toruń tel. 56 610 71 00

*niewłaściwe skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA – ART. 13 RODO*

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Akademia Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu, 87-100 Toruń ul. św. Józefa 23/35

Administrator informuje, że:

- 1) dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pana/Pani zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) w celu realizacji programu świadomej donacji zwłok,
- 2) dane osobowe będą przetwarzane przez czas określony przepisami archiwalnymi obowiązującymi u administratora,
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem niezbędnym do realizacji programu świadomej donacji zwłok,
- 4) odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi administrator zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych wiążących się z przetwarzaniem danych osobowych,
- 5) posiada Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych – w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach RODO,
- 6) posiada Pan/Pani prawo do wycofania zgody; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych w oparciu o tę podstawę, które nastąpiło przed jej wycofaniem; zgodę można wycofać pisząc na adres e-mail: rektorat@aksim.edu.pl, lub na ww. adres pocztowy,
- 7) przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia pytań, skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).