**FORMULARZ REALIZACJI PRAW PRZYSŁUGUJĄCYCH OSOBIE FIZYCZNEJ \*  
W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH**

Miejscowość…....…………………..., data: ……………………………..………………………………………..

Czego dotyczy wniosek ?

**Dostępu do moich danych osobowych**

**Sprostowania moich danych osobowych**

**Usunięcia moich danych osobowych**

**Ograniczenia przetwarzania moich danych**

**Przeniesienia moich danych osobowych**

**Sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych**

**Wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych**

Wniosek składany jest do: Administratora Pani/Pana danych osobowych

Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław.

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Treść wniosku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**\*Instrukcja wypełnienia formularza**

1. Stawiając znak „X” proszę zaznaczyć właściwy kwadrat w polu wskazującym prawo, z którego Pani/Pan korzysta.
2. Proszę podać swoje imię, nazwisko i dane kontaktowe: adres e-mail i/lub numer telefonu.
3. W treści wniosku proszę wpisać przydatne informacje, które umożliwią administratorowi danych osobowych zrealizowanie zgłoszonego żądania np. zasoby, w których mogą znajdować się Pani/Pana dane osobowe.

**Przydatne informacje**

1. Wypełniony formularz należy przesłać na adres poczty elektronicznej iod@umw.edu.pl  lub na adres Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław.
2. Skorzystanie z jakiegokolwiek prawa możliwe jest poprzez bezpośredni kontakt z administratorem. W takim przypadku, administrator zobowiązany jest ustalić Pani/Pana tożsamość.
3. Terminy realizacji żądania:
4. administrator danych osobowych działa bez zbędnej zwłoki i najpóźniej w ciągu miesiąca poinformuje Panią/Pana o działaniach podjętych w związku ze zgłoszonym żądaniem;
5. termin jednego miesiąca może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W takim przypadku w ciągu miesiąca od otrzymania żądania, administrator poinformuje o przedłużeniu terminu z podaniem przyczyny opóźnienia.
6. Administrator danych osobowych może podjąć działania zmierzające do identyfikacji osoby wnoszącej żądanie, jeżeli podane dane są niewystarczające do realizacji żądania, są niekompletne lub też w razie wątpliwości co do tożsamości osoby fizycznej np. z uwagi na zbieżność przetwarzanych danych.
7. Realizacja poszczególnych praw jest wolna od opłat. Administrator danych może jednak pobrać opłatę w rozsądnej wysokości jeżeli żądanie jest ewidentnie nieuzasadnione lub nadmierne, w szczególności ze względu na swój ustawiczny charakter.