**WNIOSEK nr ..….…/………\***

o NADANIE / ZAWIESZENIE\*\* uprawnień użytkownika

Zintegrowanego Systemu Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on

1. Imię i nazwisko użytkownika:

……………………………………………………………………………………………………………

1. Jednostka organizacyjna: ………………………………………………………………………………
2. System dziedzinowy: SEDN 🞎, POL-on 🞎, PBN 🞎, SEDok 🞎\*\*\*
3. Nazwa uprawnienia:……………………………………………………………………………………
4. Rodzaj uprawnienia:

stałe: od dnia ……………

czasowe: od ………… do ………… (okres zatrudnienia/czas zadania lub pełnienia funkcji)

1. Zakres uprawnienia związany jest z przetwarzaniem danych osobowych NIE/TAK\*\*

……………..……………………….

*Data i podpis Wnioskującego*

Potwierdzam:

- zapoznanie się z treścią Zarządzenia Rektora nr 285/XVI R/2024 ws. organizacji procesu sprawozdawczego i podziału zadań w ramach Zintegrowanego Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on w Uczelni i zobowiązuję się do przestrzegania określonych w nim zasad.

Oświadczam, iż \*\*:

- posiadam upoważnienie do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Polityką ochrony danych osobowych obowiązującą w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu;

- realizuję zadania sprawozdawcze zgodnie z umową powierzenia przetwarzania danych osobowych, nr umowy…………...;

………………..…………………….

Data i podpis Użytkownika

NADAJĘ/ZAWIESZAM\* następujące uprawnienia:

……………………………………………………………………………………………………………

UWAGI ( przyczyna odmowy lub zawieszenia uprawnień/ inne) ………………………………………………..............................................

……………………………………..…………………….

Data i podpis Uczelnianego Administratora Systemu POL-on