**WNIOSEK nr ..….…/………\***

o NADANIE / ZAWIESZENIE\*\* uprawnień użytkownika Systemu POL-on

1. Imię i nazwisko Użytkownika systemu POL-on:

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

1. Jednostka organizacyjna: ………………………………………………………………………………
2. Nazwa systemu dziedzinowego: ……………………………………………………………………….
3. Nazwa wnioskowanej roli/ról, których dotyczy wniosek:

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

1. Rodzaj uprawnienia:

stałe: od dnia …………… (dotyczy osób zatrudnionych na czas nieokreślony)

czasowe: od dnia ………… do dnia …………

1. Zakres dostępu w systemie związany jest z przetwarzaniem danych osobowych: NIE/TAK\*\*

Upoważnienie nr …………. do przetwarzania danych zgodnie z Polityką ochrony danych osobowych Zarządzenia z dnia 01.08.2018 r. Nr 93/XV R/2018 ze zm. Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

……………..……………………….

*Data i podpis Wnioskującego*

*/kierownika jednostki organizacyjnej*

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Zarządzenia Rektora nr 222/XVI R/2021
w sprawie 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.

………………..…………………….

Data i podpis Użytkownika

NADAJĘ/ZAWIESZAM\*\* następujące uprawnienia w systemie POL-on:

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

UWAGI: / przyczyna odmowy/zawieszenia uprawnień: ………………………………………………...

……………………………………..…………………….

Data i podpis Uczelnianego Administratora Systemu POL-on