

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i Imię / Jednostka:

Adres:

Telefon:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie informacji dotyczącej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:*

- dostęp do przeglądania informacji
- kserokopia
- pliki komputerowe

RODZAJ NOŚNIKA: *

- CD – ROM

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI: *

- Przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres
- Przesłanie informacji pocztą pod adres**
- Odbiór osobiście przez wnioskodawcę

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jako Administrator Danych Osobowych, informuję Panią/ Pana, iż:

- *podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu obsługi korespondencji oraz umożliwienia kontaktu z Panią/Panem przez Administratora,*

- *posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie*
- *Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom,*
- *podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.*
- *we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z za pomocą e-mail: abi.ump@ump.edu.pl dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż w okresie 24 miesięcy po czasie udzielenia odpowiedzi na wniosek o udzielenie informacji publicznej lub do momentu odwołania zgody przez osobę, która udzieliła zgody*
- *przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych wyżej danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych –Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Fredry 10, 61-701 Poznań w celu udzielenia odpowiedzi na złożony wniosek o udostępnienie informacji publicznej.

.....

Miejscowość, data podpis wnioskodawcy

Uwagi:

* proszę podkreślić właściwą formę

** proszę wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zastrzega sobie prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej.