Załącznik nr 2

do zarządzenia Rektora Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego Nr 28/2018 z dnia 21 września 2018 r.

### Akt przekazania zwłok

Ja - niżej podpisany/a ………………………………………………………………………

urodzony/a dnia …………………………..w …………………………………..…….……

zamieszkały/a w: ……………………………………………………………………………

legitymujący/a się dowodem osobistym seria …………..….. nr …………………………...

wydanym przez ……………………..……………. numer PESEL …………………………

tel. kontaktowy ..............................................

**postanawiam** nieodpłatnie przekazać po śmierci moje ciało Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego z siedzibą w Krakowie, przy ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, do badań naukowych oraz celów dydaktycznych związanych z kształceniem studentów na kierunku lekarskim.

**Moją wolą jest**, by moje imię i nazwisko były umieszczone / nie były umieszczone na tablicy Donatorów[[1]](#footnote-1) Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii.

**Moją wolą jest**, aby moje ciało po zakończeniu badań zostało/nie zostało[[2]](#footnote-2) poddane kremacji oraz zostało pochowane w obrządku ……………..……………………………………………

O terminie pochówku proszę zawiadomić niżej wymienione osoby:

........................................................... zam. w .................................................. tel................

........................................................... zam. w ..................................................tel ...............

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby:

........................................................... zam. w .................................................. tel................

........................................................... zam. w ..................................................tel ...............

które zobowiązały się do niezwłocznego powiadomienia Uczelni o mojej śmierci.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią „Programu świadomej donacji zwłok w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego” i akceptuję jego postanowienia.

………………….…………………… …………………………

(miejscowość, dnia)                                                 (czytelny podpis Donatora)

**Wymagane notarialne poświadczenie podpisu**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**w oparciu o wymogi Rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. (RODO)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w Akcie przekazania zwłok …………………………….. (*imię i nazwisko Donatora*) w celu realizacji programu świadomej donacji w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego z siedzibą przy ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków.
2. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji programu donacyjnego (dotyczy Donatora), albo powiadomienia o terminie pochówku (dotyczy osób, które należy powiadomić o terminie pochówku).
3. Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody można przesłać e-mailem na adres iodo@afm.edu.pl
4. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ochrony danych osobowych.
5. Dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie posiadającym odpowiednie upoważnienie na podstawie przepisów prawa krajowego lub unijnego.
6. Udostępnione dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddane profilowaniu oraz nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane na czas:

- do śmierci Donatora (dotyczy Donatora),

- potrzebny do zabezpieczenia i przewiezienia zwłok przez Uczelnię (dotyczy osób, które zobowiązały się do powiadomienia Uczelni o śmierci Donatora),

- pochówku Donatora (dotyczy osób, które należy zawiadomić o terminie pochowku).

Niezależnie od powyższego Uczelnia zaprzestanie przetwarzania danych osobowych Donatora i pozostałych osób w razie odwołania aktu przekazania zwłok przez Donatora, odmowy przyjęcia zwłok przez Uczelnię, albo zakończenia programu donacyjnego niezależnie od przyczyn.

1. Z inspektorem ochrony danych osobowych nadzorującym prawidłowość przetwarzania w/w danych osobowych można skontaktować się pod adresem e-mail: iodo@afm.edu.pl

…………………………………..

*Data i czytelny podpis Donatora*

…………………………………..

*Data i czytelny podpis osoby, która zobowiązała się*

*powiadomić Uczelnię o śmierci Donatora*

……………………………………

*Data i czytelny podpis osoby, która zobowiązała się*

*powiadomić Uczelnię o śmierci Donatora*

………………………………………

*Data i czytelny podpis osoby, którą należy*

*powiadomić o terminie pochówku*

………………………………………

*Data i czytelny podpis osoby, którą należy*

*powiadomić o terminie pochówku*

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)