

Zarządzenie Nr 85/2024  
z dnia 15.05.2024 r.

**Rektora  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

zmieniające Zarządzenie Nr 100/2022 z dnia 06.06.2022 r.

w sprawie: wprowadzenia Regulaminu Letniej Szkoły Licealisty pn.: „*Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy*.”

W związku z kolejną edycją Letniej Szkoły Licealisty pn.: „*Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy*” w ramach Metropolitalnego Funduszu Wspierania Nauki Górnośląsko - Zagłębiowskiej Metropolii, działając na podstawie art. 23 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (*t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.*) w oparciu o § 29 ust. 3 Statutu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (*t.j. Uchwała Nr 1/2023 Senatu SUM z dnia 25.01.2023 r.*) zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 100/2022 z dnia 06.06.2022 r. – *REGULAMIN Letniej Szkoły Licealisty pn.: „Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy”* otrzymuje nowe brzmienie określone w Załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

**§ 2**

Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierzam Prorektorowi ds. Rozwoju i Transferu Technologii.

**§ 3**

Treść niniejszego Zarządzenia polecam zamieścić na stronie internetowej Uczelni.

**§ 4**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia REKTORA  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
**PROREKTOR**  
ds. Kształcenia Podyplomowego i Promocji Uczelni  
dr hab. n. med. *Oskar Kowalski*, prof. SUM

**Otrzymują:**

- Prorektorzy,
- Kwestor,
- Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
- Dział Kontroli i Audytu,
- Inspektor Ochrony Danych,
- a/a.

## **Regulamin Letniej Szkoły Licealisty pn.: „Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy”**

### **§ 1**

1. Zajęcia w ramach Letniej Szkoły Licealisty pn.: „Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy” zwanej dalej „Szkołą” prowadzone są na terenie Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przez nauczycieli akademickich.
2. Organizacja zajęć w ramach Szkoły ma na celu poszerzenie wiedzy w ramach nauk ścisłych, poznanie nowoczesnych technik badawczych wykorzystywanych na zajęciach przez studentów kierunku fizjoterapia, pielęgniarstwo, położnictwo, elektroradiologia i coaching medyczny oraz pogłębienia zainteresowań w tych obszarach.
3. Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o opiekunie prawnym należy przez to rozumieć rodzica lub opiekuna uczestnika.

### **§ 2**

1. Termin rozpoczęcia i zakończenia zajęć w Szkole w danym roku akademickim, w tym szczegółowy harmonogram zajęć, określa Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach i podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej Uczelni.
2. Zajęcia realizowane są w blokach tematycznych w grupach 15- osobowych.
3. Uczestnik Szkoły musi posiadać aktualne ubezpieczenie NNW.
4. Uniwersytet zapewnia opiekę Uczestnikowi w czasie zajęć.
5. Uczestnik zobowiązany jest do systematycznego i punktualnego uczestnictwa w zajęciach oraz nie może samowolnie opuszczać budynku Uczelni.
6. Uczestnicy utrudniający innym korzystanie z zajęć lub nie przestrzegający przepisów porządkowych obowiązujących w Uczelni mogą zostać skreśleni z listy uczestników zajęć z powiadomieniem opiekuna prawnego Uczestnika.
7. Uniwersytet nie ponosi odpowiedzialności za Uczestnika przed rozpoczęciem zajęć i po ich zakończeniu.

8. W przypadku odwołania zajęć Uczelnia zobowiązuje się do przeprowadzenia zajęć w innym terminie.
9. Nieobecność na zajęciach wymaga dostarczenia usprawiedliwienia od opiekuna prawnego.
10. Każdy Uczestnik Szkoły otrzymuje dyplom ukończenia zajęć.

### § 3

1. Do postępowania rekrutacyjnego dopuszczeni są uczniowie szkół średnich, którzy ukończyli klasy I, II albo III.
2. Rekrutacja odbywa się drogą elektroniczną do wyczerpania limitu miejsc, poprzez wypełnienie formularza zgłoszeniowego na stronie internetowej.
3. O wpisie na listę uczestników Szkoły decyduje kolejność zgłoszeń.
4. Warunkiem dopuszczenia Uczestnika do udziału w zajęciach jest dostarczenie na pierwsze zajęcia wydrukowanego i podpisanego przez opiekuna prawnego Uczestnika formularza zgłoszeniowego.
5. Wzór formularza stanowi Załącznik nr 1 do Regulaminu.
6. Kartę zgłoszenia do Letniej Szkoły Licealisty pn.: „Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy” stanowi Załącznik nr 2 do Regulaminu.

Z upoważnienia REKTORA  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
**PROREKTOR**  
ds. Kształcenia Poddyplomowego i Promocji Uczelni  
*dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prof. SUM*

# ELEKTRONICZNY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Letnia Szkoła Licealisty pn. „Wakacyjny zastrzyk wiedzy”

## 1. Dane Osobowe Uczestnika

Imię \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
Adres e-mail \_\_\_\_\_  
Numer telefonu \_\_\_\_\_  
Pełna nazwa Szkoły \_\_\_\_\_  
Klasa (I-III) \_\_\_\_\_

Zajęcia Letniej Szkoły Licealisty pn. „Wakacyjny zastrzyk wiedzy”

- Blok 1 ..... dzień ..... r. godz. ....
- Blok 2 ..... dzień ..... r. godz. ....
- Blok 3 ..... dzień ..... r. godz. ....
- Blok 4 ..... dzień ..... r. godz. ....
- Blok 5 ..... dzień ..... r. godz. ....

**Czy uczestniczyłaś/uczestniczyłeś już w innych zajęciach dla uczniów liceów organizowanych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach?**

TAK

NIE

Jeśli TAK to jakich? .....

**Skąd dowiedziałas się/dowiedziałeś się o Szkole Letniej Licealisty Wakacyjnym Zastrzyku Wiedzy?**

Ze szkoły do której uczęszczam

Z Internetu (FB i inne portale społecznościowe)

Ze strony internetowej wydarzenia/strony SUM

Od znajomych

Od rodziców

Inne

## 2. Dane Osobowe Opiekuna Prawnego Uczestnika

Imię opiekuna

Nazwisko opiekuna

Nr. PESEL opiekuna

Adres e-mail opiekuna

Numer telefonu opiekuna

Niniejszym potwierdzam, jestem opiekunem prawnym w/w i oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Letniej Szkoły Licealisty pn. „Wakacyjny zastrzyk wiedzy”. Wyrażam zgodę na:

- 1) uczestnictwo mojego podopiecznego w zajęciach Letniej Szkoły Licealisty pn. „Wakacyjny zastrzyk wiedzy”.
- 2) przetwarzanie podanych w formularzu danych osobowych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w celach rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Szkole.

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Przyjmuję do wiadomości i przekażę osobie, której dane dotyczą poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO):

- 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208-36-00, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
- 2) Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych dostępne są na stronie internetowej [sum.edu.pl](http://sum.edu.pl) lub <https://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 208-36-00. Dane bezpośrednio to: [iod@sum.edu.pl](mailto:iod@sum.edu.pl) tel. 32 208 3630;
- 3) Dane osobowe przetwarza się w celu rekrutacji i obsługi uczestnictwa w Letniej Szkole Licealisty pn. „Wakacyjny zastrzyk wiedzy”, w oparciu o: art. 6 ust. 1 lit. a RODO – świadomą i dobrowolną zgodę opiekuna osoby, której dane dotyczą,
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Administratora Danych Osobowych;
- 5) Dane będą przechowywane przez okres ustalany na podstawie przepisów o narodowym zasobie archiwalnym;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne ich niepodanie uniemożliwi rekrutację i uczestnictwo w „Szkole”.
- 10) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

KARTA ZGŁOSZENIA DO *Letniej szkoły licealisty* „Wakacyjny Zastrzyk Wiedzy”,

Nazwa jednostki					
Koordinator zajęć	<i>(Imię i Nazwisko, telefon kontaktowy, e-mail)</i>				
Kierunek (proszę zaznaczyć)	Położnictwo	Pielęgniarstwo	Fizjoterapia	Elektroradiologia	Coaching medyczny
Jednostka prowadząca/miejsce	Temat realizowany i szczegółowy plan zajęć				