**D A N E O S O B O W E P R A C O W N I K A**

**TYTUŁ / STOPIEŃ** ….........................................................................................................................

**NAZWISKO** ………….................................................................................................................................

# NAZWISKO RODOWE .................................................................................................................................................

**IMIONA** …………..................................................................................................................................

**DATA URODZENIA** .................................................................................................................................................

**IMIONA RODZICÓW** .................................................................................................................................................

**ADRES ZAMELDOWANIA** ...............................................................................................................................................

(kod, miejscowość)

.................................................................................................................................................................................................

(ulica) (gmina, powiat, województwo)

**ADRES ZAMIESZKANIA /** ................................................................................................................................................

**KORESPONDENCYJNY** (kod, miejscowość)

(wypełnić jeżeli inny niż zameldowania;

niepotrzebne skreślić)

 ..................................................................................................................................................................................................

(ulica) (gmina, powiat, województwo)

**URZĄD SKARBOWY** …………..................................................................................................................................

**NR NFZ** ……………………….….………..…………………………………………………..………

**NR PESEL** …………..................................................................................................................................

**STAŁE MIEJSCE PRACY** ................................................................................................................................................

**NR TELEFONU**  …............................................................................................................................................

***Wyrażam zgodę na przekazanie następującego ADRESU E - MAIL pracownikom oraz osobom świadczącym usługi na rzecz uczelni w celu doskonalenia organizacji procesu dydaktycznego:***

**ADRES E-MAIL**  ………………………...........................................................................................................................

***Proszę o przelewanie moich wynagrodzeń na konto bankowe:***

***Nazwa banku*** .................................................................................................................................................................

***Nr konta* ­ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Oświadczam, iż jestem/nie jestem\* zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna.

Oświadczam, iż posiadam/nie posiadam\* uprawnień do renty/emerytury\*.

***Powyższe dane podałam(em) zgodnie ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się pod rygorem skutków prawnych i finansowych do powiadomienia Akademii WSB o wszelkich zmianach.***

Załączniki:

1. kserokopia dyplomów (w tym mgr, doktorski)+ CV dot. działalności naukowo-dydaktycznej (dotyczy nauczycieli Akademickich),
2. zaświadczenie o zatrudnieniu na podst. umowy o pracę lub przy prowadzeniu działalności gospodarczej: REGON, NIP, wpis do ewidencji dział. gospodarczej.

*Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że na podstawie na podstawie art 6* ust1 litera aRozporządzenia 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) w*yrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych) z przeznaczeniem ich wykorzystania w procesie i celu zatrudnienia .*

*Zostałem poinformowany, że:*

1. *Administratorem Danych zgromadzonych w zakresie realizacji wskazanego celu jest:*

*Akademia WSB z siedzibą w Dąbrowie Górniczej przy ul. Cieplaka 1 c*

1. *Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym skontaktować można się w siedzibie Administratora danych oraz poprzez mail:* *iod@wsb.edu.pl*
2. *Zgromadzone przez Administratora Danych dane, mogą zostać udostępniane tylko i wyłącznie podmiotom posiadającym podstawę prawną do ich przetwarzania.*
3. *Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.*
4. *Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat.*
5. *W oparciu o zgromadzone dane nie będzie wykonywane profilowanie.*

*Oświadczam, że zostałam/ -em poinformowany o przysługujących mi prawach:*

1. *Dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do kopiowania i przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu.*
2. *Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących mnie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.*

…………………………………… ………………………………………

*(data) (podpis)*