

Name and surname.....

Imię i nazwisko

Album no.....

Nr albumu

Insurance Statement

Oświadczenie

I declare, that:

Oświadczam, że:

- I am insured against the consequences of accidents during the internship (Personal Accident Insurance), i.e.

Jestem ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w terminie odbywania praktyki programowej tj.

.....

- I have been informed, that:

Zostałem poinformowany, iż:

1. The GDPR information clause in connection with the provision of your personal data in an *Insurance statement* to apprenticeships.
 - 1) The Administrator of your personal data is the University of Rzeszów, al.Rejtana 16 C, 35-959 Rzeszów, represented by the Rector.
 - 2) Contact to the Data Protection Officer at the University of Rzeszów: email address: iod@ur.edu.pl.
 - 3) Your personal data will be processed on the basis of voluntary consent, in connection to implement civil law agreements or contracts for the organization of apprenticeships.
 - 4) Your personal data will be stored for the period necessary to complete the studies.
 - 5) You have the right to access your personal data and rectify it, as well as to remove it or restrict its processing.
 - 6) You have the right to lodge a complaint with the supervisory authority, which is the President of the Office for Personal Data Protection, if you believe that the processing by the Administrator of your personal data violates the provisions on personal data protection.
 - 7) Your data will not be used for profiling and undertaking automated activities.
 - 8) Providing personal data is voluntary by you, but necessary to complete the apprenticeships.

Klauzula informacyjna RODO w związku ze zgłoszeniem swoich danych w celu odbycia programowych praktyk zawodowych.

1) Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16 C, 35-959 Rzeszów, reprezentowany przez Rektora,

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Rzeszowskim: adres email: iod@ur.edu.pl,

- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie dobrowolnej zgody, w celu realizacji porozumień lub umów cywilnoprawnych o organizację programowych praktyk zawodowych
- 4) Państwa dane osobowe o których mowa będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji studiów.
- 5) Mają Państwo prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- 6) Mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane nie posłużą nam do profilowania i podejmowania działań zautomatyzowanych.
- 8) Podanie danych osobowych jest przez Państwa dobrowolne lecz niezbędne do odbycia programowych praktyk zawodowych.

2. I certify that the information provided and the certificate of its truthfulness are consistent with the facts; I am aware that falsification of documents, false certification, obtaining false certification by fraud, and use of such a document is subject to criminal liability (Articles 270-273 of the Act of June 6, 1997- Penal Code, Journal of Laws No. 88, item 553, as amended).

Oświadczam, że podane informacje i zaświadczenia o ich prawdziwości są zgodne ze stanem faktycznym; wiadome mi jest, że fałszowanie dokumentów, poświadczenie nieprawdy, wyłudzenie poświadczenia nieprawdy i użycie dokumentu poświadczającego nieprawdę podlega odpowiedzialności karnej (art. 270-273 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).

.....
(Student's signature - legible name and surname)

(podpis studenta – czytelne imię i nazwisko)