

Zarządzenie Nr <sup>34</sup>...../2020  
z dnia <sup>02.03.2020</sup>.....

Rektora

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

w sprawie: wprowadzenia „Regulaminu Uniwersytetu Pierwszego Wieku kierunek Ciąło bez Tajemnic” w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach”

Działając na podstawie § 29 ust. 3 Statutu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Uchwała nr 31/2019 Senatu SUM z dnia 29.05.2019 r.).

### § 1

Wprowadzam Regulamin Uniwersytetu Pierwszego Wieku Kierunek „Ciąło bez Tajemnic” w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, stanowiący Załącznik Nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

### § 2

Nadzór na wykonaniem Zarządzenia powierzam Prorektorowi ds. Kształcenia Podyplomowego i Ustawicznego.

### § 3

Treść niniejszego Zarządzenia polecam zamieścić na stronie internetowej Uczelni.

### § 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

REKTOR  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
*Przemysław J. Kalowiecki*  
prof. dr hab. n. med. Przemysław Kalowiecki

**Otrzymują:**

- Prorektorzy,
- Dziekani Wydziałów,
- Kwestor,
- Dział Kontroli i Audytu,

## REGULAMIN UNIWERSYTETU PIERWSZEGO WIEKU KIERUNEK CIAŁO BEZ TAJEMNIC

### § 1

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach jest twórcą programu Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.
2. Niniejszy regulamin określa cele, zasady rekrutacji oraz uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.

### § 2

1. Celem działalności Uniwersytetu Pierwszego Wieku w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach na kierunku „Ciało bez tajemnic” jest:
  - a) zapoznanie studentów – słuchaczy z anatomiczno – fizjologicznymi podstawami funkcjonowania ludzkiego ciała,
  - b) kształtowanie poprawnych nawyków żywieniowych,
  - c) kształtowanie prawidłowych nawyków ruchowych w trakcie nauki i zabawy,
  - d) pogłębianie zainteresowań z zakresu nauk medycznych,
  - e) nauka postępowania w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia,
  - f) nauka radzenia sobie ze stresem,
  - g) poznanie metod diagnostycznych i badawczych przydatnych w ocenie ludzkiego ciała,
  - h) kształtowanie postaw dzieci, pomoc w poszukiwaniu, odkrywaniu własnej drogi do sukcesu.
2. Zadaniem Uniwersytetu Pierwszego Wieku w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach na kierunku „Ciało bez tajemnic” jest kształcenie w zakresie, o którym mowa w ust. 1, dzieci w wieku 9-13 lat poprzez zajęcia teoretyczne w ramach 45 minutowych wykładów oraz 90 minutowych zajęć warsztatowych.

### § 3

1. Zajęcia Uniwersytetu I Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic” prowadzone są na terenie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przez nauczycieli akademickich Uczelni.
2. Szczegółowy plan i harmonogram zajęć z podaniem imienia i nazwiska prowadzącego oraz miejsca zajęć podany jest przed rozpoczęciem zajęć – na stronie internetowej Uniwersytetu I Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.

#### § 4

1. Zajęcia na Uniwersytecie Pierwszego Wieku w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach są płatne.
2. Wysokość oraz terminy opłat reguluje zarządzenie Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
3. W przypadku uczestnictwa w zajęciach rodzeństwa, opłata za każde kolejne dziecko obniżona jest o 10%.
4. W przypadku wniesienia całościowej opłaty do dnia 30 listopada przysługuje zniżka w wysokości 5%.
5. Opłaty mogą być dokonane gotówką w kasie SUM lub przelewem na rachunek bankowy podany na stronie internetowej Uniwersytetu I Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.
6. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach nie zwraca opłaty za zajęcia, na których student-słuchacz Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic” był nieobecny, niezależnie od przyczyn nieobecności.

#### § 5

1. Rekrutacja na Uniwersytet Pierwszego Wieku w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach kierunku Ciało bez tajemnic będzie odbywała się corocznie od września do wyczerpania limitu miejsc.
2. Rekrutacja odbywa się drogą elektroniczną poprzez wypełnienie formularza zgłoszeniowego na stronie internetowej Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.
3. O wpisie na listę studenta – słuchacza Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic” decydować będzie kolejność zgłoszeń.
4. Rodzic/opiekun zostanie powiadomiony drogą elektroniczną na adres podany w formularzu zgłoszeniowym o wpisie dziecka na listę studenta – słuchacza.
5. Po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 4, Rodzic/opiekun dziecka zobowiązany jest do:
  - a) dostarczenia wypełnionego i podpisanego formularza rekrutacyjnego wraz z dwoma zdjęciami dziecka do sekretariatu Katedry Fizjoterapii (pok. 511) tel. 32 208 87 12 Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach SUM ul. Medyków 12, 40-752 Katowice,
  - b) uiszczenia opłaty za udział w zajęciach, zgodnie z zarządzeniem Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
  - c) podpisania umowy uczestnictwa w Uniwersytecie Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic” (wzór umowy stanowi załącznik nr 1 do regulaminu).

#### § 6

1. Każdy student-słuchacz otrzymuje:
  - a) indeks, na podstawie którego potwierdzony będzie udział w zajęciach. Wpisy w indeksie stanowią podstawę zaliczenia semestru/roku akademickiego,
  - b) dyplom ukończenia Uniwersytetu Pierwszego Wieku w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

## § 7

1. Rok akademicki Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic” jest zgodny z organizacją roku akademickiego w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach i podzielony jest na dwa semestry, zimowy i letni.
2. Zajęcia odbywają się raz w miesiącu w sobotę w godzinach podanych w harmonogramie zajęć na obowiązujący rok akademicki.
3. Wszelkie zmiany w harmonogramie zajęć będą nanoszone z tygodniowym wyprzedzeniem.
4. W przypadku odwołania zajęć z przyczyn niezależnych Uczelnia zobowiązuje się do przeprowadzenia zajęć w innym terminie.
5. Przed rozpoczęciem zajęć w każdym roku akademickim odbędzie się zebranie z rodzicami.

## § 8

1. W zależności od liczby uczestników w danym roku akademickim zajęcia mogą odbywać się z podziałem na grupy.
2. Student-słuchacz zobowiązany jest do systematycznego uczestnictwa w zajęciach.
3. Nieobecności wymagają usprawiedliwienia od opiekuna/rodzica.
4. Student – słuchacz zobowiązany jest do przybywania na zajęcia punktualnie.
5. W czasie zajęć studenci – słuchacze znajdują się pod opieką pracowników SUM i nie mogą samowolnie opuszczać sal wykładowych/ćwiczeniowych oraz budynku Uczelni.

## § 9

1. Rodzic lub opiekun prawny powinien towarzyszyć studentowi – słuchaczowi w drodze na zajęcia.
2. Rodzic lub opiekun studenta – słuchacza zobowiązany jest do odebrania dziecka z budynku, w którym odbywały się zajęcia, niezwłocznie po ich zakończeniu.
3. Rodzice i opiekunowie zobowiązani są do śledzenia na bieżąco informacji umieszczanych na stronie internetowej Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.

## § 10

1. Skreślenie z listy studentów-słuchaczy następuje w przypadku, gdy:
  - a) student – słuchacz rażąco naruszy postanowienia niniejszego Regulaminu lub przyjęte normy etyczne,
  - b) nieobecność studenta – słuchacza na zajęciach przekracza 50%,
  - c) rodzic/opiekun studenta – słuchacza wniesie pisemną rezygnację z jego udziału w zajęciach.

§ 11

Rodzic lub opiekun prawny wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji i obsługi uczestnictwa dziecka w Uniwersytecie Pierwszego Wieku na kierunku „Ciało bez tajemnic”.

§ 12

Uczelnia zastrzega sobie możliwość zmiany Regulaminu.

REKTOR  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
prof. dr hab. n. med. Przemysław Jatołwiecki

Umowa  
uczestnictwa w Uniwersytecie Pierwszego Wiek  
na kierunku "Ciało bez tajemnic"

zawarta dnia ..... r. w Katowicach pomiędzy:

**Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, 40-055 Katowice,  
ul. Poniatowskiego 15,**

reprezentowanym przez:

1. Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach – .....  
działającego z upoważnienia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
na podstawie udzielonego pełnomocnictwa znak..... z dnia.....

2. Kwestora – .....

zwanym dalej „**Uniwersytetem**”

a

Panią/Panem

zamieszkałą/ym.....

zwaną/ym dalej „**Rodzicem/Prawnym Opiekunem Dziecka**”

**§ 1**

1. Rodzic/Prawny Opiekun Dziecka zapisuje ..... zamieszkałą/ego  
.....na zajęcia w Uniwersytecie Pierwszego  
Wiek na kierunku „*Ciało bez tajemnic*” działającym przy Wydziale Nauk o Zdrowiu  
w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

2. Strony ustalają, że zajęcia, o których mowa w ust. 1 odbędą się w terminie  
od ..... do .....

**§ 2**

Podstawą uczestnictwa w zajęciach jest uiszczenie opłaty wysokości .....,  
słownie ..... PLN na konto Uczelni .....

**§ 3**

Rodzic/Prawny Opiekun Dziecka oświadcza, że dziecko jest objęte ubezpieczeniem  
od nieszczęśliwych wypadków.

#### § 4

1. Uniwersytet jest zobowiązany do zapewnienia opieki dziecku podczas trwania zajęć.
2. Uniwersytet nie ponosi odpowiedzialności za dziecko przed rozpoczęciem jak i po zakończeniu zajęć.
3. Rodzic/Prawny Opiekun Dziecka powinien towarzyszyć dziecku w drodze na zajęcia.
4. Rodzic/Prawny Opiekun Dziecka zobowiązany jest do odebrania dziecka z budynku, w którym odbywały się zajęcia, niezwłocznie po ich zakończeniu.
5. Rodzic/Prawny Opiekun Dziecka ponosi odpowiedzialność za wyrządzone z winy dziecka szkody materialne powstałe na terenie Uniwersytetu w trakcie odbywania zajęć.

#### § 5

1. Integralną część umowy stanowi Regulamin Uniwersytetu Pierwszego Wieku na kierunku „*Ciało bez tajemnic*” stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Warunkiem przystąpienia do zajęć jest zapoznanie się i podpisanie Regulaminu, o którym mowa w ust. 1

#### § 6

Spory mogące wyniknąć na tle stosowania postanowień niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Uniwersytetu.

#### § 7

Zmiany umowy wymagają dla jej ważności formy pisemnej.

#### § 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

*Uniwersytet*

*Rodzic/Opiekun Prawny Dziecka*



**Uniwersytet Pierwszego Wiekku**  
**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Dane osobowe	
Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Adres zamieszkania	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Numer domu/mieszkania:	
Prawny opiekun:	
Imię i nazwisko:	
Seria i numer dowodu:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	
Adres do korespondencji	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Numer domu/mieszkania:	
Upoważnienie do odbioru dziecka	
Imię i nazwisko:	
PESEL	
Informuję, że zapoznałam(em) się z Regulaminem Uniwersytetu Pierwszego Wiekku (Proszę wpisać TAK w pole obok)	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w formularzu danych osobowych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji w ramach Uniwersytetu Pierwszego Wiekku w Wydziale Nauk o Zdrowiu w Katowicach oraz obsługi toku studiów w ramach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. (Proszę wpisać TAK w pole obok)	
Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO <sup>1</sup> :	

<sup>1</sup> Rozporządzenie RODO - Rozporządzenie 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)



- 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - ul. Poniańskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych dostępne są pod numerem tel. 32 208 3600 lub na stronie internetowej [sum.edu.pl](http://sum.edu.pl) oraz [iod.sum.edu.pl](http://iod.sum.edu.pl);
- 3) Dane osobowe przetwarza się w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na studia w ramach Uniwersytetu Pierwszego Wieku oraz obsługi toku studiów na podstawie art 6 ust. 1 lit a RODO;
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Odbiorcami danych mogą być także kontrahenci SUM realizujący usługi w szczególności w zakresie obsługi toku studiów prowadzonych w SUM oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych.
- 5) Przekazanie danych osobowych przez SUM do Państwa trzeciego zostanie Pani/Pan poprzedzone wnioskiem o wyrażenie zgody we wnioskowanym zakresie.
- 6) Dane będą przechowywane na podstawie Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt obowiązujących w SUM.
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;
- 8) 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;
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego;
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji i obsługi toku studiów w ramach Uniwersytetu Pierwszego Wieku. Niepodanie danych osobowych skutkować będzie wykluczeniem kandydata z procesu rekrutacji.
- 11) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

**W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia ww. treści możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, którego dane kontaktowe dostępne są na stronie internetowej <http://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 208 3600.**

Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

(Proszę wpisać TAK w pole obok)

Uprzejmie proszę o wypełnienie białych pól powyższego formularza i przesłać skanem na adres e-mail:

**[michal.michalski@sum.edu.pl](mailto:michal.michalski@sum.edu.pl)**

**Data:**

.....  
Czytelny Podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego