Gdańsk, dnia ……………………

Uniwersytet Gdański

Straż Uniwersytecka

**WNIOSEK**

**O WYDANIE IDENTYFIKATORA UPRAWNIAJĄCEGO DO WJAZDU NA TEREN BAŁTYCKIEGO KAMPUSU UNIWERSYTETU GDAŃSKIEGO W GDAŃSKU OLIWIE**

 Proszę o wydanie identyfikatora uprawniającego do wjazdu na teren Kampusu Uniwersytetu Gdańskiego w Gdańsku Oliwie.

 Pracownik zatrudniony na czas nieokreślony, Słuchacz\*, Kontrahent

 Pracownik zatrudniony na czas określony lub na umowę cywilno-prawną do ……………………….
 *\* słuchacze wydziałów zlokalizowanych na terenie Kampusu UG w Gdańsku Oliwie.*

Imię i nazwisko (lub nazwa firmy) ………………….…………………………………………………

Nr pracownika …………………..………………………………………………...

Jednostka organizacyjna/miejsce pracy ……………………………………………………………………..

Tel. kontaktowy …………………...………………………………………………..

Adres e-mail ………………….………………………………………………....

Nr rej. samochodu 1- .…………………………………; inne ……………………..……………

 ………………………………….; ……………………..…………….

Potwierdzenie objęcia ubezpieczeniem OC posiadacza pojazdu/ów wskazanych powyżej.

 TAK NIE

Właściciel samochodu:

 Wnioskodawca\* Współmałżonek wnioskodawcy Wstępni Opiekun wnioskodawcy\* *\*właściciel/współwłaściciel*  *\*dotyczy osoby niepełnosprawnej*

 Podmiot\* \**dotyczy kontrahentów*

Identyfikator pierwszy kolejny \* \* *dotychczasowy identyfikator został* zniszczony lub zużyty zgubiony skradziony

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potwierdzenie wpłaty w Kasie UG

………………………………….. *(data i podpis pracownika kasy) ……………………………………… (data i podpis wnioskodawcy)*

Uzasadnienie wniosku (pracownik spoza Kampusu UG w Gdańsku Oliwie)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………..  *(data i podpis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Potwierdzenie współpracy (dotyczy kontrahentów)

Potwierdzam zasadność wydania identyfikatora wjazdu na teren Bałtyckiego Kampusu Uniwersytetu Gdańskiego w Gdańsku Oliwie. Termin zakończenia umowy współpracy ……………………..

 ..…………………...………………………. *(data i podpis osoby nadzorującej umowę)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Gdański moich danych osobowych zawartych w  formularzu zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż: Administratorem danych jest Uniwersytet Gdański, ul. Jana Bażyńskiego 8, 80-309 Gdańsk. Powyższe dane osobowe przetwarzane są dla celów związanych z nabyciem uprawnień do wjazdu na teren Kampusu Uniwersytetu Gdańskiego w Gdańsku Oliwie. Wnioskodawca ma prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Ich podanie jest dobrowolne, ale niezbędne dla spełnienia ww. celów.
2. Zobowiązuję się, że wszelkie zmiany danych będą przeze mnie na bieżąco zgłaszane do Administratora Systemu, którym jest Straż Uniwersytecka.
3. Oświadczam, iż podane w niniejszym wniosku informacje są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 …………………………………… *(data i podpis wnioskodawcy)*

*W przypadku wygaśnięcia lub utraty przez Wnioskodawcę uprawnień do wjazdu na teren Kampusu nastąpi zaprzestanie przetwarzania jego danych osobowych przez Uniwersytet Gdański.*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Potwierdzenie odbioru identyfikatora

Identyfikator nr …………….… odebrałem/łam w dniu ………………… Potwierdzam znajomość Wewnętrznego Regulaminu wjazdu i parkowania na terenie Bałtyckiego Kampusu Uniwersytetu Gdańskiego w Gdańsku Oliwie.

Zobowiązuję się do nieudostępniania identyfikatora osobom trzecim.

 …………………………………………… *(data i podpis wnioskodawcy) …………………………………………… (data i podpis przyjmującego wniosek)*