ARCHIWUM

AKADEMII MARYNARKI WOJENNEJ

 W GDYNI

ZGŁOSZENIE UŻYTKOWNIKA ZASOBU ARCHIWALNEGO

Nr ………….

|  |
| --- |
| **Adnotacje o udostępnieniu** (pola nie wypełniane przez użytkownika) |
| Brak zastrzeżeń: | Uwagi |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Data i podpis* |  |
| **Dane zgłaszającego** (wypełnia użytkownik) |
| Imię i nazwisko / Jednostka organizacyjna: |       | Telefon: |       |
|  |  | Email: |       |
| Adres: |       | Rodzaj i numer dokumentu tożsamości: |       |
| Określenie materiałów archiwalnych oraz tematu (wypełnia użytkownik) |
|       |
| Cel udostępnienia materiałów archiwalnych (wypełnia użytkownik) |
| do celów socjalnych własnościowy naukowy do celów publicystycznych genealogiczny inny: …………………………………………………………….. Opisać jakie |
| **OŚWIADCZENIE**Z regulaminem udostępniania materiałów archiwalnych zapoznałem/łam się. |
| Czytelny podpisdata  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE**Zobowiązuje się, że wszelkie dane osobowe oraz informacje pozyskane przeze mnie w wyniku udostępnienia mi materiałów archiwalnych w Archiwum Akademii Marynarki Wojennej w Gdyni zostaną wykorzystane tylko i wyłącznie zgodnie z przedstawionym celem udostępnienia wskazanym  we wniosku "Zgłoszenie o Udostępnienie Materiałów Archiwalnych". Udostępnione mi informacje albo dane osobowe zostaną wykorzystane w sposób nienaruszający wolności lub praw osób, których dane dotyczą, wynikających w szczególności z przepisów chroniących dobra osobiste albo dane osobowe.  W szczególności zobowiązuję się, że w stosunku do danych osobowych uzyskanych w wyniku badań archiwalnych w zakresie drugostronnego zgłoszenia:wyniki moich badań będą opracowane w formie sumarycznej, bez ujawniania danych jednostkowych;nie będę publikował danych jednostkowych;dane jednostkowe wykorzystam za zgodą osób, których one dotyczą. / należy zaznaczyć odpowiednie pola / Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu przez administratora danych Akademii Marynarki Wojennej w Gdyni przy ul. Śmidowicza 69, 81-127 Gdynia, w celu realizacji Zgłoszenia Użytkownika Zasobu Archiwalnego. Dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania w dowolnym momencie. |
| Czytelny podpisdata |

Ilość załączników

|  |
| --- |
| Uwagi |
|  |