

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko:.....

Nr podania/(wypełnia WKPL)

Umowy nr (wypełnia WKPL)

Tryb specjalizacji*: rezydencki/ pozarezydencki

Tel.:

E-mail:.....

Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo**.....

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu kierunkowego** w ramach odbywanej **specjalizacji** z:

.....
(nazwa realizowanej dziedziny specjalizacji)

Nazwa stażu kierunkowego:

Klinika / Oddział:

Dokładny termin: **Nr karty specjalizacyjnej:**

Placówka szkoleniowa prowadząca specjalizację:

Aktualna placówka realizująca moduł podstawowy:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w podaniu zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/
kierownika modułu podstawowego)

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

Opinia Kierownika Kliniki, w której realizowany będzie staż kierunkowy: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na kierownika stażu kierunkowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
kierownika stażu kierunkowego

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu jednostki przyjmującej)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika stażu kierunkowego jednostki przyjmującej)

Opinia WKPL: **jednostka posiada akredytację/ nie posiada akredytacji do realizacji stażu kierunkowego***

.....
(podpis i pieczęć Pracownika WKPL)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika WKPL)

*- niepotrzebne skreślić

** - w przypadku posiadania więcej niż jednego obywatelstwa proszę podać wszystkie posiadane

Wymagany załącznik: wydruk EKS/EKS2.

.....
(pieczęć jednostki kierującej)

Warszawa, dnia

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego**
ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

SKIEROWANIE
DO ODBYWANIA STAŻU KIERUNKOWEGO
W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM
PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE BADAWCZYM

Na mocy Umowy nr z dnia roku

kieruję lekarza/lekarza dentystę*.....
(imię, nazwisko, PESEL, nr PWZ)

.....
do odbycia stażu kierunkowego w zakresie

.....
realizowanego w ramach specjalizacji z

w ramach modułu** z

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej z jednostki kierującej)

* - niepotrzebne skreślić

* * - dotyczy lekarzy/lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie modułowym

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu:

- 1) realizacji **stażu kierunkowego** prowadzonego przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowego Instytut Badawczy, zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1);

☐

Wrażam zgodę

☐

Nie wyrażam zgody

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis /imię i nazwisko/
lekarza/lekarza dentysty oddelegowanego na staż kierunkowy

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych kandydata

Osoba składająca powyższe oświadczenie oświadcza, że została poinformowana, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny Państwowego Instytut Badawczy, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa;
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych („IOD”), z którym można skontaktować się pisząc na adres mailowy ochrona.danych@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (0-22) 261 816 912.
- 3) Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji stażu kierunkowego, w szczególności w zakresie organizacji, dokumentowania oraz rozliczenia jego przebiegu,
- 4) Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO w związku z wykonaniem umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem, w zakresie niezbędnym do organizacji, realizacji oraz dokumentowania przebiegu stażu, art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z wypełnieniem obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze w szczególności w zakresie prowadzenia wymaganej dokumentacji oraz realizacji obowiązków archiwizacyjnych i sprawozdawczych oraz art. 6 ust. 1 lit. a w zakresie dodatkowych, niewymaganych przepisami prawa ani niezbędnych do realizacji stażu dobrowolnie wyrażonej zgody osoby której dane dotyczą,
- 5) Odbiorcami Danych osobowych mogą być:
 - a. Upoważnieni pracownicy Administratora
 - b. podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają;
 - c. Inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. placówki medyczne, operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT,
- 6) Dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa oraz z zastosowaniem zabezpieczeń określonych w art. 44 – 50 RODO,
- 7) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres:
 - a. wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny - w przypadku kiedy podstawą przetwarzania jest zawarcie i realizacja umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- 8) Podanie Danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji stażu jest obowiązkowe. Podanie Danych dodatkowych jest dobrowolne.
- 9) Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do :
 - a. dostępu do swoich danych osobowych;
 - b. sprostowania swoich danych osobowych;
 - c. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych;
 - d. ograniczenia lub usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 i 18 RODO
 - e. przenoszenia danych osobowych.
 - f. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, jakiego dokonano przed jej cofnięciem. Zgodę możesz cofnąć pisząc na adres korespondencyjny Administratora, na adres e-mail IOD lub telefonując (dane kontaktowe wyżej).
- 10) przysługuje jej prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych narusza przepisy Rozporządzenia;
- 11) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu;

.....
podpis /imię i nazwisko/
lekarza/lekarza dentysty oddelegowanego na staż kierunkowy

ZOBOWIĄZANIE

Imię i nazwisko	
Podmiot kierujący do odbycia stażu kierunkowego	
Miejscowość i data	

Ja, niżej podpisany(-a), w związku ze skierowaniem mnie do odbycia stażu kierunkowego do Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego, niniejszym zobowiązuję się do:

- 1) rzetelnego wykonywania obowiązków i zadań powierzonych przez kierownika prowadzącego staż kierunkowy, zgodnie z zasadami etyki i sztuki lekarskiej,
- 2) wykonywania pracy w wymiarze przewidzianym w programie stażu,
- 3) dbania o powierzone mi przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy mienie, materiały i inne wyposażenie, pod rygorem natychmiastowego usunięcia ze stażu w przypadku nieprawidłowego ich użytkowania (eksploatacji),
- 4) przestrzegania praw pacjenta, zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi sektora ochrony zdrowia,
- 5) przestrzegania wewnętrznych uregulowań Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego,
- 6) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, stosownie do wymogów prawa powszechnie obowiązującego.
- 7) przetwarzania zbiorów danych osobowych, których administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy (dalej „Dane”), zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych, a w szczególności do:
 - a) ścisłego przestrzegania regulacji wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego normujących kwestie ochrony i bezpieczeństwa Danych,
 - b) bezterminowego zachowania Danych w tajemnicy oraz sposoby ich zabezpieczania,
 - c) dbałości o zachowanie integralności i dostępności przetwarzanych przeze mnie Danych przy użyciu systemów informatycznych, jak i poza systemami,
 - d) wykonywania na Danych jedynie takich operacji, jakie będą niezbędne do zapewnienia prawidłowej realizacji Umowy o odbycie stażu kierunkowego,
 - e) nie pozostawiania bez dozoru, ani udostępniania osobom nieupoważnionym posiadanych przeze mnie nośników informacji (tradycyjnych i elektronicznych) zawierających Dane,
 - f) nie wykorzystywania Danych do celów nie związanych z odbywaniem stażu,
 - g) zachowania w poufności informacji dotyczących platformy sprzętowo-programowej użytkowanych przeze mnie systemów informatycznych,
 - h) niezwłocznego, w sposób uniemożliwiający odczytanie Danych, zniszczenia dokumentów błędnych lub wydrukowanych nadmiarowo oraz zbędnych brudnopisów,
 - i) bezzwłocznego, skutecznego powiadomienia Kierownika stażu kierunkowego lub Administratora Bezpieczeństwa Informacji Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego o stwierdzeniu naruszenia ochrony Danych, jak również o zaistnieniu okoliczności mogących przyczynić się do naruszenia tej ochrony.
- 8) Zachowania w tajemnicy informacji (niezależnie od sposobu i formy ich wyrażania), przekazanych mi przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy z zastrzeżeniem ich poufności.

Oświadczam, że:

- 1) znana jest mi definicja danych osobowych, w rozumieniu art. 4 ust. 1 rozporządzenia 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, dalej „Rozporządzenie”, w myśl którego za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej,
- 2) znane mi jest pojęcie szczególnych kategorii danych, o których mowa w art. 9 ust. 1 Rozporządzenia,
- 3) jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z Rozporządzenia, przewidzianej za niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych.

.....
podpis lekarza/lekarza dentystry
oddelegowanego na staż kierunkowy

Sporządzono w 2 egz.
Otrzymują:
- Przyjmujący
- Kierujący