



**STUDIA PODYPLOMOWE
W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM
W WARSZAWIE**

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. **Nazwisko:**
 2. **Imiona:**
 3. **Nazwisko rodowe:**
 4. **Data i miejsce urodzenia:** *dzień* *miesiąc* *rok* w
.....
woj. *kraj*
 5. **Imiona rodziców:**
 6. **Wykształcenie** (Uczelnia, Wydział, rok ukończenia):
.....
.....
 7. **Adres stałego zameldowania:** *miejsowość* (z kodem pocztowym)
..... *ulica*
..... *nr domu* *nr mieszkania*
nr telefonu (kontaktowego) *adres e-mail*
 8. **Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż zameldowania**
.....
.....
 9. **Obywatelstwo:**
.....
- PESEL:** , *dnia*.....

(podpis kandydata – imię i nazwisko)

....., *dnia*
(miejsowość)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach:

- 1) rekrutacji i uczestnictwa w Studiach Podyplomowych prowadzonych przez Wojskowy Instytut Medyczny, zgodnie art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.

TAK NIE

- 2) marketingu bezpośredniego administratora danych.

TAK NIE

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem. Złożenie podpisu jest równoznaczne z wyrażeniem zgody, o której mowa powyżej.

.....
(podpis kandydata – imię i nazwisko)

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych kandydata

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

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szaserów 128, reprezentowanym przez Dyrektora Wojskowego Instytut Medycznego;
- 2) podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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, zwanego dalej „Rozporządzeniem”;
- 3) kontakt z osobą realizującą w Wojskowym Instytucie Medycznym zadania inspektora ochrony danych jest możliwy poprzez adres poczty elektronicznej: ochrona.danych@wim.mil.pl lub pisemnie na adres administratora danych z dopiskiem „inspektor ochrony danych”;
- 4) dane osobowe zbierane są w celach wskazanych w oświadczeniu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia; dane osobowe będą udostępniane Departamentowi Wojskowej Służby Zdrowia MON*.

* Wpis dotyczy jedynie studiów podyplomowych realizowanych na zlecenie MON

- 6) dane osobowe będą przechowywane:
 - a) dla celu rekrutacji i uczestnictwa w Studiach Podyplomowych prowadzonych przez Wojskowy Instytut Medyczny – bezterminowo,
 - b) w celu marketingu bezpośredniego administratora danych – do czasu odwołania zgody;
- 7) przysługuje jej prawo:
 - c) żądania dostępu do treści swoich danych,
 - d) sprostowania danych,
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingu bezpośredniego;
- 8) przysługuje jej prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych narusza przepisy Rozporządzenia.
- 9) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak w celu udziału w postępowaniu rekrutacyjnym i uczestnictwa w Studia Podyplomowych jest warunkiem koniecznym.