

Nr podania/..... (wypełnia Wydział CKP)

Umowy nr (wypełnia Wydział CKP)

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko.....

.....

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo/a.....

Adres

.....

Pesel

PWZ

*tel.:

*e-mail:.....

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

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

PODANIE O PRAKTYKĘ KLINICZNĄ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **praktyki klinicznej przez lekarza/ lekarza dentystę****

w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego / stażu kierunkowego **

w dziedzinie

Klinika/Oddział/Zakład

Preferowany termin (max. 6 miesięcy):.....

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Uzasadnienie:.....

Potwierdzam przesłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres: praktykakliniczna@wim.mil.pl skanu dokumentów wymaganych do podania zgodnie z §2 ust.2 Regulaminu odbywania praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentystę w WIM-PIB.

.....
(podpis i pieczęć lekarza/lekarza dentysty)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej*
- mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora*
- mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>) Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.*

.....
(podpis i pieczętka lekara/lekarka dentysty)

*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki, w której realizowana będzie praktyka kliniczna: **POPIERAM / NIE POPIERAM****

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczam

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna praktyki klinicznej**

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki)

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej)

Wypełnia właściwy Wydział CKP - Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy (WKPL)

- skan dyplomu,
- skan Prawa Wykonywania Zawodu,
- skan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
- skan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- skan ubezpieczenie OC,
- skan NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na choroby zakaźne m.in. zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- zdjęcie w formacie jpg,
- dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **250 zł ***** uiszczonej na konto wskazane poniżej: **41 1130 1017 0020 0716 4222 2303**

- w tytule wpłaty: Nazwisko Imię_ praktyka kliniczna_ termin praktyki klinicznej

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji zgodnie z Regulaminem.

Zweryfikowano pod względem formalnym.

.....
(podpis i pieczętka pracownika WKPL weryfikującego podanie)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

** niepotrzebne skreślić

***z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem praktyki klinicznej przez lekarzy i lekarzy dentyków w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 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 (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ("RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa („Administrator”). Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres jego siedziby, adres mailowy dyrekcja@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (022) 261 817 666.
2. ADO 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. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji, oceny oraz udokumentowania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym realizowanej zgodnie z umową zawartą z Administratorem. Dane osobowe w postaci wizerunku przetwarzane będą w celach związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku Administratora.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry. Podstawą przetwarzania danych osobowych w postaci wizerunku jest wyrażona świadoma i dobrowolna zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
5. Dane osobowe w postaci adresu e-mail oraz numeru telefonu będą przetwarzane w celu odpowiednio mailowego lub telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry., a podstawą prawną ich przetwarzania jest Państwa zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:
 - a. podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają;
 - b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT
7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 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.
8. Państwa dane osobowe w postaci adresu e-mail i numeru telefonu będą przetwarzane do momentu zrealizowania celu, dla którego zostały zgromadzone albo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
9. Macie Państwo prawo zażądać od Administratora:
 - 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. Ponadto przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji, oceny oraz udokumentowania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji praktyki. Z kolei niepodanie danych osobowych w postaci adresu e-mail lub numeru telefonu spowoduje brak możliwości kontaktu w związku z podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej.

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzaniu danych osobowych dla lekarza / lekarza dentystry do odbywania praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka zainteresowanego)