

Warszawa, dnia

Dot. **STAŻU PODYPLOMOWEGO**Numer podania
(wypełnia WKPL)

Imię i nazwisko lekarza stażysty:

.....

tel.:

e-mail:

Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

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

ZGODA / BRAK ZGODY**Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych****PODANIE**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu częściowego** z:
 (nazwa dziedziny medycyny)

w ramach części personalizowanej **STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Klinika / Oddział/ Zakład:

Proponowany termin:tj.....(ilość tygodni)

Nr karty stażu podyplomowego:

Jednostka prowadząca staż podyplomowy:

e-mail koordynatora stażu podyplomowego:.....

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 zainteresowanego).....
(podpis i pieczęć koordynatora stażu podyplomowego)

Opinia Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu, w której realizowany będzie staż częściowy w ramach części personalizowanej
STAŻU PODYPLOMOWEGO: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na Opiekuna stażu częściowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
 Opiekuna stażu częściowego

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

Wypełnia Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy: **jednostka uprawniona/ nie uprawniona*** do prowadzenia stażu
 częściowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego. Odbywanie stażu częściowego na mocy Porozumienia
 nr

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

*- niepotrzebne skreślić

Druk wewnętrzny WKPL/CKP WIM-PIB /01/23/SP

.....
(pieczęć jednostki kierującej)

Warszawa, dnia

SKIEROWANIE
DO ODBYWANIA STAŻU CZĄSTKOWEGO W RAMACH CZĘŚCI PERSONALIZOWANEJ
STAŻU PODYPLOMOWEGO

Na mocy Porozumienia nr z dniaroku
kieruję lekarza stażystę podyplomowego.....
(imię, nazwisko, nr PWZ)
.....
do odbycia stażu cząstkowego w dziedzinie
.....w ramach realizacji programu stażu
podyplomowego w części personalizowanej.

.....
(podpis i pieczęć koordynatora stażu podyplomowego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
w celu odbycia stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego**

Na podstawie art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 RODO,

ja, niżej podpisany/a

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez: Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie przy ul. Szaserów 128 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numer karty stażu podyplomowego, miejsca i daty urodzenia, numeru PESEL, adresu miejsca zamieszkania/korespondencji, adresu e-mail, numeru telefonu, numeru dokumentu „Prawa wykonywania zawodu”, w celu odbycia stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może zostać cofnięte w każdej chwili bez podawania przyczyny lecz bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Osoba ma prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia oraz ich przenoszenia.

.....
podpis /imię i nazwisko lekarza stażysty/

**Klauzula informacyjna dla lekarza stażysty podyplomowego
odbywającego staż częstkowy w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego**

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119, s. 1 ze zm.) - dalej nazwanego RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie przy ul. Szaserów 128 04-141 Warszawa.
2. Może Pani/Pan kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem danych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO z Administratorem z wykorzystaniem powyższych danych teleadresowych lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: ochrona.danych@wim.mil.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora z dopiskiem inspektor ochrony danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) w celu realizacji stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego. Dane będą mogły być również przetwarzane niezależnie od wyrażonej zgody, w celu ewentualnego dochodzenia lub obrony przed roszczeniami na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom i osobom uprawnionym do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa lub umowy.
5. Posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do treści swoich danych, a także ich sprostowania (poprawiania), usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
6. Podane przez Panią/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania wskazanych w punkcie 3 celów oraz do momentu cofnięcia zgody.
7. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa UODO (uodo.gov.pl)
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do zawarcia oraz realizacji stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dla lekarza stażysty podyplomowego odbywającego staż częstkowy w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego.

.....
podpis /imię i nazwisko lekarza stażysty/

ZOBOWIĄZANIE

Imię i nazwisko	
Podmiot kierujący do odbycia stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego w WIM-PIB	
Miejscowość i data	

Ja, niżej podpisany(-a), w związku z odbywaniem stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym (WIM-PIB), niniejszym zobowiązuję się do:

- 1) rzetelnego wykonywania obowiązków i zadań powierzonych przez Opiekuna prowadzącego staż częstkowy w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego zgodnie z zasadami etyki i sztuki lekarskiej,
- 2) wykonywania pracy w wymiarze przewidzianym w programie stażu podyplomowego,
- 3) dbania o powierzone mi przez WIM-PIB mienie, materiały i inne wyposażenie, pod rygorem natychmiastowego usunięcia ze stażu częstkowego w przypadku nieprawidłowego ich użytkowania (eksploatacji),
- 4) przestrzegania praw pacjenta, zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi sektora ochrony zdrowia,
- 5) przestrzegania wewnętrznych uregulowań WIM-PIB,
- 6) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, stosownie do wymogów prawa powszechnie obowiązującego.
- 7) przetwarzania zbiorów danych osobowych, których administratorem jest WIM-PIB (dalej „Dane”), zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych, a w szczególności do:
 - a) ścisłego przestrzegania regulacji wewnętrznych WIM-PIB 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 Porozumienia o odbycie stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego,
 - 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 częstkowego,
 - 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 Opiekuna stażu częstkowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego lub Inspektora Ochrony Danych WIM-PIB 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 WIM-PIB z zachowaniem ich poufności.

Oświadczam, że:

- 1) jestem objęty(-a) ubezpieczeniem OC, oraz posiadam aktualne badanie lekarskie i szczepienie przeciwko WZW typu B;
- 2) posiadam przeszkolenie w zakresie bhp i ppoż.

Ponadto 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 prawnej wynikających z Rozporządzenia i innych obowiązujących aktów prawnych za niewłaściwe lub niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych.

.....
podpis /imię i nazwisko lekarza stażysty/