

REGULAMIN ODBYWANIA WOLONTARIATU W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM

§1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady organizacji Wolontariatu w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, zwanym dalej WIM.
2. Organizacja wolontariatu oparta jest o zapisy Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450 z późn. zm.) i realizowany na podstawie porozumienia zawartego między WIM a Wolontariuszem.
3. Wolontariat jest dobrowolny i bezpłatny.
4. Wolontariat może być podjęty przez:
 - 1) studenta - jeśli wolontariat nie jest odbywany w ramach programu studiów,
 - 2) osobę posiadającą wykształcenie średnie lub wyższe, zainteresowaną rozwijaniem umiejętności w ramach posiadanych kwalifikacji do wykonywania szeroko rozumianych zawodów medycznych,
 - 3) osobę przygotowującą się do podjęcia kształcenia w kierunku wykonywania zawodów medycznych.
5. Za organizację wolontariatu odpowiada Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM (CKP).
6. Decyzję w sprawie wolontariatu podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM, po potwierdzeniu możliwości jego odbycia przez Kierownika komórki, w której ma odbywać się wolontariat oraz pozytywnej opinii Kierownika Wydziału CKP odpowiedzialnego za jego realizację.

§2. Zasady przyjęcia na wolontariat

1. Osoba chcąca odbyć wolontariat w WIM (zwana dalej Wolontariuszem) składa w CKP dokumenty podanie o przyjęcie na wolontariat (Załącznik 1), na co najmniej 14 dni przed planowanym rozpoczęciem wolontariatu.
2. Po uzyskaniu potwierdzenia możliwości odbycia wolontariatu Wolontariusz składa w CKP następujące dokumenty:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
 - 2) aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
 - 3) zaświadczenie lub wpis o przebyłym szczepieniu przeciw WZW typu B,

- 4) ubezpieczenie OC oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku wolontariatu, trwającego ponad 30 dni,
 - 5) zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku (Załącznik nr 2),
 - 6) jedno zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
 - 7) dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 30 zł, uiszczonej na konto wskazane na stronie internetowej CKP,
 - 8) porozumienie (Załącznik 3) wraz z zakresem obowiązków i uprawnień.
3. Osoba składająca podanie o zgodę na odbycie wolontariatu zobowiązana jest okazać do wglądu dokument, pozwalający na ustalenie tożsamości (dowód osobisty, paszport lub legitymacja studencka/uczniowska).
 4. W przypadku wolontariatu odbywanego przez pracowników WIM wymagane są dokumenty wymienione w ust. 1 oraz 2 pkt. 4 i 8 z wyłączeniem ubezpieczenia OC.
 5. Podanie o odbycie wolontariatu opiniuje kierownik Wydziału CKP odpowiedzialnego za organizację wolontariatu. Następnie podanie rozpatruje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM, który wyraża lub nie wyraża zgody na wolontariat.
 6. Osoba chcąc odbyć wolontariat zobowiązana jest do złożenia podania wymienionego w ust. 1 w terminie 14 dni przed planowanym rozpoczęciem wolontariatu. W przypadku niedotrzymania tego terminu lub złożenia przed rozpoczęciem wolontariatu niekompletnych dokumentów termin jego rozpoczęcia może ulec przesunięciu.
 7. Po dopełnieniu formalności (złożenie dokumentów wymienionych w ust. 1 i 2) i wyrażeniu zgody na wolontariat przez Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych WIM, pracownik CKP przekazuje informację do odpowiedniej komórki WIM o możliwości rozpoczęcia wolontariatu przez osobę składającą podanie. Potwierdzenie dopełnienia przez Wolontariusza formalności jest warunkiem rozpoczęcia przez niego wolontariatu.
 8. W pierwszym dniu wolontariatu po odbyciu instruktażu ogólnego, Wolontariusz dostarcza do CKP oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP (Załącznik nr 4).
 9. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1 zawierane jest na okres wskazany w podaniu, jednakże nie dłuższy niż 1 rok. Przed upływem okresu, na który porozumienie zostało zawarte, Wolontariusz może złożyć podanie o wyrażenie zgody na wydłużenie okresu odbywania wolontariatu (Załącznik 5). Wolontariusz podpisuje także aneks do Porozumienia (Załącznik 6), przy zachowaniu pozostałych warunków wynikających z niniejszego Regulaminu, z wyłączeniem konieczności uiszczenia opłaty kwalifikacyjnej.

§4. Obowiązki wolontariusza

1. Wolontariusz ma obowiązek przestrzegania obowiązującego w WIM regulaminu pracy i dyscypliny pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów o ochronie danych osobowych oraz ochronie tajemnicy państwowej i służbowej, procedur poekspozycyjnych; zachowania poufności pozyskanych informacji i danych osobowych w trakcie trwania wolontariatu oraz po jego zakończeniu.
2. Wolontariusz zobowiązany jest do dbania o powierzone mienie oraz zabezpieczenie informacji i danych przed niepowołanym dostępem do nich, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem w stopniu odpowiednim do obowiązków (zadań) związanych z przetwarzaniem danych, w trakcie realizacji wolontariatu.
3. Wolontariusz zobowiązany jest do noszenia w widocznym miejscu identyfikatora, wydanego przez WIM.
4. Wolontariuszowi zabrania się:
 - 1) noszenia biżuterii,
 - 2) malowania paznokci,
 - 3) nakładania dodatkowego okrycia na odzież roboczą,
 - 4) palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych na terenie placówki, a także spożywania alkoholu oraz substancji odurzających,
 - 5) zachowywania się w sposób uznany za niemoralny i nieetyczny,
 - 6) informowania pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i procesie leczenia.

§5. Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania, a jednocześnie traci moc poprzedni Regulamin.
2. WIM ma prawo do zmiany Regulaminu.
3. Kwestie nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane będą w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Pesel

Adres

.....

tel.

e-mail

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

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **wolontariatu** w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie.

Klinika/Oddział/Zakład:.....

Preferowany termin:

Termin alternatywny:

Uzasadnienie (wraz z informacją kim jest osoba składająca podanie):.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęćka zainteresowanego)

Wypełnia Kierownik komórki

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość odbycia wolontariatu.

Termin

Na Opiekuna wolontariatu wyznaczam:.....

2) **Nie ma** możliwości odbycia wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Pielęgniarka Oddziałowa*:

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość odbycia wolontariatu.

Termin praktyki.....

2) **Nie ma** możliwości odbycia wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Kierownik Wydziału CKP**

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- a. aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- b. aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- c. zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniu p/WZW B,
- d. ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku wolontariatu, trwającego ponad 30 dni,
- e. zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku,
- f. dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 30 zł,
- g. porozumienie w sprawie odbywania wolontariatu z zakresem obowiązków.

.....
(podpis i pieczętka)

*Dotyczy **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej**.

**Przez Kierownika Wydziału CKP rozumie się:

- w przypadku **studentów** - Kierownika Wydziału Organizacji Doskonalenia Zawodowego,
- w przypadku **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej** - Kierownika Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych,
- w przypadku pozostałych **osób z wykształceniem wyższym** - Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 lit. a) ogólnego 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016, str. 1) wyrażam zgodę na:

- 1) przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny moich danych osobowych **w celu realizacji wolontariatu,**

.....

(miejsce, data)

.....

(czytelny podpis)

- 2) przetwarzania przez Wojskowy Instytut Medyczny mojego wizerunku w celu identyfikacji wizualnej.

.....

(miejsce, data)

.....

(czytelny podpis)

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny z siedzibą w Warszawie przy ul. Szaserów 128, reprezentowanym przez Dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego;
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w Wojskowym Instytucie Medycznym jest Paweł Baran. Kontakt: tel. 883-377-896; email: pbaran@wim.mil.pl;
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych w oparciu o rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 4) odbiorcami Państwa danych osobowych są pracownicy Wojskowego Instytutu Medycznego oraz placówki medyczne współpracujące z Wojskowym Instytutem Medycznym;
- 5) Państwa dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania, w tym zgodnie z przepisami dotyczącymi okresu przechowywania dokumentacji;
- 6) posiadają Państwo prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
- 7) istnieje możliwość wniesienia skargi do organu nadzorczego na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uznają Państwo za uzasadnione, że ich dane

osobowe są przetwarzane niezgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

- 8) podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do podnoszenia kwalifikacji zawodowych w Wojskowym Instytucie Medycznym;
- 9) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Wojskowym Instytucie Medycznym.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

POROZUMIENIE NR
W SPRAWIE ODBYWANIA WOLONTARIATU

zawarte w dniu w Warszawie pomiędzy:

Wojskowym Instytutem Medycznym z siedzibą w Warszawie, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810; NIP 113-23-93-221; REGON 015294487, zwanym dalej **WIM**

reprezentowanym przez:

Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych WIM – płk. prof. dr. hab. n. med. Marka REKASA

a Panem/Panią:

....., PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.

.....
(dokładny adres zamieszkania)

zwanym/zwaną w treści **Wolontariuszem**,

zwanych łącznie Stronami o następującej treści:

§1.

1. Wolontariusz oświadcza, iż jest

.....
.....

2. Wolontariusz oświadcza, iż nie ma z jego strony żadnych przeszkód, zarówno merytorycznych, jak i formalnych do wykonywania świadczeń na podstawie niniejszego porozumienia.
3. Strony zgodnie oświadczają, że porozumienie obejmuje prace o charakterze wolontariackim, bezpłatnym.

§2.

1. Wolontariusz zobowiązuje się do współpracy w.....WIM w terminie od do na zasadach określonych w Ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450 z późn. zm.).

2. Wolontariusz będzie wykonywał świadczenia w godzinach ustalonych z opiekunem wolontariatu –

(imię i nazwisko opiekuna wolontariatu)

Wzór zakresu obowiązków i uprawnień w sprawie odbywania wolontariatu stanowi załącznik do niniejszego Porozumienia.

3. Wolontariusz zobowiązuje się do przestrzegania:
 - 1) Regulaminu Organizacyjnego Instytutu,
 - 2) Regulaminu Zarządzania prawami autorskimi i prawami pokrewnymi oraz prawami własności przemysłowej oraz zasad komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych w Wojskowym Instytucie Medycznym¹,
 - 3) przepisów o ochronie danych osobowych 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 uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r).

§3.

1. WIM nie zapewnia Wolontariuszowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń.
2. Wolontariusz zobowiązany jest do zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na cały okres obowiązywania niniejszego porozumienia oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku wolontariatu trwającego ponad 30 dni.
3. WIM nie zgłasza Wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego.

§4.

Porozumienie może zostać w każdym czasie rozwiązane na piśmie przez każdą ze Stron z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.

§5.

W sprawach nieuregulowanych w porozumieniu stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450 z późn. zm.).

§6.

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Wolontariusz

.....
Osoba reprezentująca WIM

¹ dotyczy wolontariuszy biorących udział w pracach naukowo badawczych, udział w tworzeniu publikacji

ZAKRES
OBOWIĄZKÓW I UPRAWNIENÍ
do Porozumienia nr..... w sprawie odbywania wolontariatu

.....
(stopień, imię, nazwisko)

podlega bezpośrednio Kierownikowi Oddziału/Kliniki/Zakładu*

..... WIM.

Odpowiada za:

-
-
-

Do obowiązków Wolontariusza należy:

- udział w pracach naukowo-badawczych, prowadzonych w komórce organizacyjnej
TAK/NIE*

- udział w tworzeniu publikacji
TAK/NIE*

- pozostałe obowiązki (wyszczególnić):

.....
.....
.....
.....
.....

Zakres obowiązków opracował:

Zapoznałem/am się.

.....
(data, pieczętka i podpis)

.....
(data i czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej WIM)

Warszawa, dnia

Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Zakres odpowiedzialności)

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził:

.....
(pieczęć i podpis Kierownika praktyki klinicznej)

Potwierdzam przeprowadzenie instruktażu.

.....
(data i podpis Kierownika komórki organizacyjnej)

Na podstawie §2.1. *Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. 180 poz. 1860) oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a i zapoznany/-a z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom w miejscu ich wykonywania.

Przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać:

- przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
- przepisów i zasad BHP obowiązujących w
- obowiązków oraz zadań na okoliczność zaistnienia wypadku lub pożaru.

.....
(czytelny podpis osoby zapoznanej z warunkami pracy)

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Pesel

Adres

.....

tel.

e-mail

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

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wydłużenie okresu odbywania **wolontariatu** w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie.

Klinika/Oddział/Zakład:.....

Preferowany termin:

Uzasadnienie:.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczętka zainteresowanego)

Wypełnia Kierownik komórki

Proszę zaznaczyć właściwe:

- 1) **Istnieje** możliwość wydłużenia okresu odbywania wolontariatu.

Termin

Na Opiekuna wolontariatu wyznaczam:.....

2) **Nie ma** możliwości wydłużenia okresu odbywania wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Pielęgniarka Oddziałowa*:

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość wydłużenia okresu odbywania wolontariatu.

Termin praktyki.....

2) **Nie ma** możliwości wydłużenia okresu odbywania wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Kierownik Wydziału CKP**

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- a. aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- b. aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- c. ubezpieczenie OC oraz NNW,
- d. aneks do porozumienia w sprawie odbywania wolontariatu.

.....
(podpis i pieczętka)

*Dotyczy **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej**.

**Przez Kierownika Wydziału CKP rozumie się:

- w przypadku **studentów** - Kierownika Wydziału Organizacji Doskonalenia Zawodowego,
- w przypadku **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej** - Kierownika Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych,
- w przypadku pozostałych **osób z wykształceniem wyższym** - Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy.

Aneks nr 1 z dnia

do porozumienia nr z dnia

w sprawie odbywania wolontariatu

zawarty pomiędzy:

Wojskowym Instytutem Medycznym z siedzibą w Warszawie, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810; NIP 113-23-93-221; REGON 015294487, zwanym dalej **WIM**

reprezentowanym przez:

Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych WIM płk. prof. dr. hab. n. med. Marka REKASA

a

Panią/Panem

zam., tel.

PESEL

zwaną/ym dalej „Wolontariuszem”

o następującej treści :

1. w § 2 pkt. 1 przedmiotowego porozumienia termin, w którym Wolontariusz zobowiązuje się do współpracy w ulega przedłużeniu do dnia
2. Pozostałe postanowienia porozumienia nie ulegają zmianie.
3. Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

.....

Wolontariusz

.....

Osoba reprezentująca WIM