

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

Numer podania
(wypełnia Wydział CKP)

PESEL

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo/a.....

Adres

.....

*tel.

*e-mail

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

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRZESZKOLENIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość przedłużenia / skrócenia** odbycia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty w.....

.....
(nazwa komórki organizacyjnej Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego)

W zawodzie pracowałem/am dor. W związku zprzerwą w wykonywaniu
(data) (wskazać okres)

zawodu fizjoterapeuty, chciałbym/chciałabym odbyć miesięczne przeszkolenie.
(wskazać okres)

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem odbywania przeszkolenia i akceptuję warunki w nich zawarte.

.....
(podpis fizjoterapeuty)

* 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 przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty,
- 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 fizjoterapeuty)

*dane nieobowiązkowe
** niepotrzebne skreślić

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej, w której realizowane będzie przeszkolenie:

POPIERAM / NIE POPIERAM***

Proszę zaznaczyć właściwe:

1. Fizjoterapeuta **zakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Na Opiekuna przeszkolenia wyznaczam:.....

2. Fizjoterapeuta **niezakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Uzasadnienie decyzji:

.....
.....

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna przeszkolenia**

.....
*(podpis i pieczętka Kierownika Komórki,
w której realizowane będzie przeszkolenie)*

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna przeszkolenia)

Wypełnia Wydział CKP

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- kopia PWZF (oryginał do wglądu) / Uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie stwierdzenia prawa wykazywania zawodu fizjoterapeuty,
- aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniu p/WZW B,
- ubezpieczenie OC oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV),
- dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł,
- Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- jedno zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji, zgodnie z Regulaminem.

.....
*(podpis i pieczętka pracownika Wydziału CKP
weryfikującego podanie)*

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

*** Niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu

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”) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), 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 odbywania, oceny oraz udokumentowania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym,
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty,
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 przeszkolenia w dziedzinie fizjoterapii w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym, 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 Osobowych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do odbywania przeszkolenia w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym po przerwie w wykonywaniu zawodu. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji przeszkolenia.
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 przeszkolenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu.

.....
podpis /imię i nazwisko fizjoterapeuty/