

# **WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKI**

## **ZAWODOWE/STUDENCKIE**

**IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:** .....

**ADRES ZAMIESZKANIA:** .....

**E-MAIL:** .....

**NR TELEFONU:** .....

**SZKOŁA/UNIwersYTET:** .....

**KIERUNEK STUDIÓW:** .....

**ROK STUDIÓW:** .....

**TERMIN ODBYCIA PRAKTYKI:** .....

**ODDZIAŁ/ZAKŁAD/PACOWNIA/DZIAŁ, W KTÓRYM BĘDZIE REALIZOWANA PRAKTYKA:**

.....

### **ZAŁĄCZNIK:**

- PROGRAM PRAKTYKI

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, w celu rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na praktyki ?

TAK

NIE

### **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 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

uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, dalej jako: „Szpital”;**
- Inspektorem Ochrony Danych w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera UM w Poznaniu jest Pani **Edyta Puzicka**, e-mail: [iodo@skp.ump.edu.pl](mailto:iodo@skp.ump.edu.pl) tel. 618491203,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, e RODO w związku z postępowaniem o przyjęcie na praktyki zawodowe/studenckie oraz realizacją ww. praktyk,
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora, w tym pracownicy i współpracownicy, upoważnieni do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków służbowych. Odbiorcami Państwa danych osobowych będzie również Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, który - jako organ założycielski Szpitala - bierze udział w procesie rozpatrywania wniosków o przyjęcie na praktyki studenckie/zawodowe oraz nadzoruje realizację ww. praktyk,
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia praktyki studenckiej/zawodowej;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem niezbędnym do rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na praktyki studenckie/zawodowe i realizacji ww. praktyk,
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - w zw. z art. 20 ust. 3 prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a, b, e RODO.

***W przypadku wydania zgody na realizację praktyki w Szpitalu, student zobowiązany jest przed rozpoczęciem praktyki do zgłoszenia się do Inspektora Ochrony Danych Szpitala w celu przeszkolenia z zakresu ochrony danych osobowych oraz otrzymania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.***

.....  
**Data i podpis studenta**

**ZGODA / BRAK ZGODY\* KIEROWNIKA ODDZIAŁU/ZAKŁADU/PACJENTÓW/DZIAŁU NA REALIZACJĘ PRAKTYKI**

.....

**OPIEKUN PRAKTYKI ZE STRONY SZPITALA: .....**

**ZGODA / BRAK ZGODY\* DYREKCJI SZPITALA NA REALIZACJĘ PRAKTYKI**

.....

**ZGODA / BRAK ZGODY\* REKTORA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU NA REALIZACJĘ PRAKTYKI**

.....

\*odpowiednie zaznaczyć