

.....
(nazwisko i imię)

Radom, dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania c.d.)

.....
(numer telefonu)

.....
(PESEL)

Zarząd
Mazowieckiego Szpitala
Specjalistycznego Sp. z o. o.
ul. Juliana Aleksandrowicza 5
26-617 Radom

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk studenckich/zawodowych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o. o. z siedzibą w Radomiu.

Jestem studentem/słuchaczem roku wydziału

na W
(nazwa uczelni- szkoły) (miejsowość)

Praktykę w ilości godzin chciałbym/chciałabym odbywać w:

1. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

2. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

3. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów zorganizowania i przeprowadzenia praktyki przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu realizacji praktyk studenckich i zawodowych obowiązującym w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

.....
(podpis studenta/słuchacza)

Wypełnia Szpital

Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:

Rodzaj zawieranej umowy:

ze studentem

z uczelnią

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki

.....
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

.....
(podpis Prezesa/Dyrektora)



KLAUZULA INFORMACYJNA – STAŻ, PRAKTYKA, WOLONTARIAT

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 uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o. w Radomiu, adres: ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom, NIP 7962963679, REGON: 670209356.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można się kontaktować poprzez adres e-mail: iod@wss.com.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy o organizację stażu, praktyk, wolontariatu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO); realizacji wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO); prawnie uzasadnionego interesu Administratora tj. w celu ustalenia, obrony lub dochodzenia ewentualnych roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być nasi zaufani partnerzy oraz podmioty świadczące nam usługi, kurierskie, pocztowe, prawne informatyczne lub organy publiczne uprawnione do otrzymania danych na podstawie właściwych przepisów.
5. Państwa dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w ust. 3, a po tym czasie przez jeden rok od zakończenia wolontariatu.
6. W związku z przetwarzaniem przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych oraz ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do usunięcia danych, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich nieprzekazanie spowoduje brak możliwości odbycia wolontariatu.
8. Dane osobowe nie będą służyły do zautomatyzowanego podejmowania decyzji i nie będą przekazywane poza obszar EOG.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. uzyskają Państwo kontaktując się z IOD.