

.....
(imię i nazwisko lekarza)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

**Dyrektor ds. Lecznictwa
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.**

**Podanie
w sprawie wyrażenia zgody na odbycie stażu kierunkowego w ramach specjalizacji**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w zakresie:

.....

w ramach specjalizacji z

w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. siedzibą w Radomiu przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5

ww okresie.....
(oddział/zakład) (termin odbywania stażu)

.....
(podpis lekarza)

1. Okres realizacji stażu kierunkowego akceptowany przez Kierownika Oddziału/Kierownika Zakładu

.....

.....
(podpis Kierownika Oddziału/Kierownika Zakładu)

Decyzja Dyrektora ds. Lecznictwa

.....

UWAGA! Warunkiem rozpoczęcia stażu kierunkowego jest podpisanie porozumienia pomiędzy Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o., a jednostką macierzystą, a także przedłożenie kopii polisy o odpowiedzialności cywilnej.

W przypadku braku dokumentów potwierdzających spełnienie powyższych wymogów Szpital może odmówić dopuszczenia do odbycia stażu.

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB ODBYWAJĄCYCH STAŻ KIERUNKOWY

W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM Sp. z o.o. w RADOMIU

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.

Informację otrzymałam/otrzymałem:

Radom, dnia.....podpis.....

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu,

ul. J. Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom