

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 PRATYKA:**

.....

ZAŁĄCZNIK:

- PROGRAM PRAKTYKI

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny z siedzibą w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, w celu rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na praktyki ?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

.....
Data i podpis studenta

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 uchylenia 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 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, dalej jako: „Szpital”;
- Inspektorem ochrony danych osobowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu jest Pan Tomasz Lewandowski, e-mail: tomasz.lewandowski@smmlegal.pl, tel. 793301187;
- 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;

W przypadku wydania zgody na realizację praktyki w Szpitalu, student zobowiązany jest przed rozpoczęciem praktyki do zgłoszenia się do Inspektora Ochrony Danych Osobowych 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/PRACOWNI/DZIAŁU NA REALIZACJĘ PRAKTYKI

.....

OPIEKUN PRAKTYKI ZE STRONY SZPITALA:

ZGODA / BRAK ZGODY* DYREKCJI SZPITALA NA REALIZACJĘ PRAKTYKI

.....

*odpowiednie zaznaczyć

**ZGODA REKTORA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA
MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU NA REALIZACJĘ PRAKTYKI**

Podpis

.....

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

Podpis

.....