

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**Wniosek o skierowanie do odbycia stażu podyplomowego
na obszarze działania Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach**

☐ LEKARZA

☐ LEKARZA DENTYSTY

1. Nazwisko:
2. Imiona:
3. Tytuł zawodowy: ☐ LEKARZ ☐ LEKARZ DENTYSTA 4. Obywatelstwo:
5. Dokument uprawniający do pobytu na terenie RP:
Dotyczy lekarzy cudzoziemców
6. Nr telefonu: 7. adres e-mail:
8. Nazwa uczelni medycznej:
9. Numer, data uzyskania dyplomu / zaświadczenia o ukończeniu studiów:
.....
10. Średnia ocen*: 11. Data rozpoczęcia stażu:
11. Preferowane placówki (wpisane na listę Marszałka Województwa Świętokrzyskiego):
1)
2)
3)

Załączniki:

☐ zaświadczenie o ukończeniu studiów ze średnią ocen / karta osiągnięć studenta.

☐

Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisany/-a
legitymujący/-a się dowodem osobistym nr**:, wydanym dnia:,
przez oświadczam, że posiadam stałe miejsce zamieszkania
na obszarze działania Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej pod adresem:
.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data, czytelny podpis

**Średnia arytmetyczna ocen z egzaminów uzyskanych w okresie studiów, liczona do dwóch cyfr po przecinku, obliczona na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen jaka obowiązywała na uczelni.*

***Dowód osobisty do wglądu*

Wyrażam zgodę na udostępnienie tych danych innym podmiotom prowadzącym kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentystów.

.....
Data, czytelny podpis

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora Świętokrzyską Izbę Lekarską w Kielcach reprezentowaną przez Prezesa, przekazane mi zgodnie z art. 13 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 (RODO ze zm.).

1. Dane kontaktowe Administratora.
Z Administratorem można się skontaktować:
– pisemnie na adres: Świętokrzyska Izba Lekarska, al. Ks. Jerzego Popiełuszki 43, 25-155 Kielce,
– telefonicznie pod numerem: (41)3621381
– pod adresem e-mail: sekretaria@sil.apsnet.pl
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych.
Bezpośredni kontakt z inspektorem adres e-mail: mlaba@sil.apsnet.pl
3. Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania.
Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia przez właściwą okręgową izbę lekarską ciężących na niej obowiązków oraz realizacji zadań, wynikających z przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e RODO), tj. w celu organizacji stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty.
4. Kategoria odbiorców danych osobowych.
Odbiorcami danych mogą być:
1) Naczelna Izba Lekarska lub inne okręgowe izby lekarskie – w związku z realizacją przez nie zadań wynikających z ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
2) podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty – w związku z wykonywanymi przez te podmioty zadaniami na podstawie odrębnych przepisów ustawowych;
3) inne podmioty wymienione w art. 52 ust.1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich, w zakresie lub celu wskazanych w tych przepisach;
4) Naczelna Rada Lekarska, która udostępnia informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy oraz okręgowych rejestrach lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w art. 49 ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31- 34 i 42-44, ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 902.
5. Okres przechowywania danych osobowych.
Dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty i bycia członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej. Natomiast dane osobowe wskazane w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich będą przechowywane przez czas nieokreślony (art. 17 ust. 3 lit.b RODO).
6. Przysługujące prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo żądania ich sprostowania (poprawiania, uzupełniania) oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania lub usunięcia. Sprostowaniu podlega treść, która zawiera błędne dane, a usunięciu podlega treść, która została wprowadzona bez podstawy faktycznej (tj. wobec braku odpowiedniego dokumentu, odpowiedniej uchwały, orzeczenia albo postanowienia). Prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia nie obejmuje danych osobowych wskazanych w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 17 ust. 3 lit. b RODO).
7. Prawo do sprzeciwu.
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa urzędu Ochrony Danych Osobowych adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, zajmującego się ochroną danych osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Informacja o wymogu lub dobrowolności podania danych osobowych.
Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a zobowiązanie do podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.
9. Administrator będzie przekazywał Pani/ Pana dane osobowe odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym, tj. samorządom zawodów medycznych i innym organizacjom reprezentującym zawody medyczne za granicą oraz organom państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie, w jakim taki obowiązek taki wynika z odrębnych przepisów.
10. Administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.
11. Administrator może przetwarzać dane osobowe w celu innym, niż konkretny cel, dla którego zostały one pierwotnie zebrane, o ile cel ten stanowi realizację zadań Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach wskazanych w pkt 3.

.....
Czytelny podpis składającego wniosek

Na podstawie uchwały ORL / Prezydium ORL ŚIL nr z dnia wydano skierowanie do

.....
celem odbycia stażu podyplomowego od dniaoraz kartę stażu podyplomowego

nr

.....
Podpis Przewodniczącego Komisji