……..…………………….. . . . . . . . . . . . . . ., dnia . . . . . . . . . . . r.

imię i nazwisko (miejscowość)

…………………………….

nr telefonu

…………………………….

adres e-mail **Szanowna Pani**

 **Dorota Gołąb-Bełtowicz- p.o. Dyrektor**

**Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej**

**w Krakowie**

# PODANIE O PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę w . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (nazwa Poradni / Jednostki / Działu / Sekcji)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

w okresie od . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r. do . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r. w wymiarze . . . . . . . godzin.

Jestem studentką/em / słuchaczką/em\* . . . . roku. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (nazwa kierunku oraz Uczelni / Szkoły)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Uzasadnienie: . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (podpis wnioskodawcy)

Zgoda / brak zgody\* na realizację praktyki w wskazanym terminie.

adnotacja Kierownika ……………………………………………………………………………………….

Pracownik wyznaczony na opiekuna praktyki ………………………………………………………………………….

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(podpis i pieczęć)

Kierownika właściwej komórki organizacyjnej

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(podpis i pieczęć Dyrektora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* niewłaściwe skreślić*

**INFORMACJA - DLA OSÓB ODBYWAJĄCYCH PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ - 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.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

1. **Administrator danych osobowych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie, adres: 31-155 Kraków , ul. Montelupich 4, tel. 12 424 54 24.**

1. **Inspektor Ochrony Danych:**

Klinika powołała **Inspektora Ochrony Danych**, z którym może Pani/Pan się skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych i praw przysługujących Pani/Panu na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: **adres e-mail: iod@uks.com.pl**, tel. 12 424 54 24.

1. **Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Klinika może przetwarzać Pani/ Pana dane osobowe w celach związanych z realizacją PRAKTYKI – na podstawie umowy/porozumienia w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

1. **Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione:

* pracownikom i współpracownikom Kliniki posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych osób odbywających praktykę lub staż w Klinice w związku z wykonywaniem obowiązków,
* dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Kliniki (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych);
* podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
1. **Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:**

Klinika nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

1. **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:**

W przypadku negatywnego rozpatrzenia Pani/Pana podania o przyjęcie na praktykę, Pani/ Pana podanie zostanie zniszczone po upływie trzech miesięcy.

W przypadku przyjęcia na staż Klinika będzie przechowywała Pani/Pana dane osobowe przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji związanej z odbywaniem praktyk.

1. **Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych niekompletnych, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia wyrażonych zgód na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **Obowiązek podania danych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji praktyki. Niepodanie powyższych danych może być przyczyną odmowy przyjęcia na staż.

1. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani /Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.

**Osoby odbywające praktykę - zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych w podaniu o przyjęcie na praktykę oraz w dostarczonych dokumentach niezbędnych do realizacji praktyki; przez SP ZOZ Uniwersytecką Klinikę Stomatologiczną w Krakowie w celu realizacji praktyki, zgodnie z Rozporządzeniem 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.U.UE.L.2016.119.1) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

 Data Podpis

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Zgodę można wycofać w jeden z następujących sposobów:

* Wycofanie zgody można przesłać drogą elektroniczną na adres: **iod@uks.com.pl**
* Wycofanie zgody można przesłać pocztą tradycyjną na adres:

**Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie,**

**Ul. Montelupich 4**

**31-155 Kraków**

* Wycofać zgodę można osobiście – pod adresem: **j.w.**

Data Podpis