

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej WUM)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko studenta)

.....  
(nr indeksu / rok studiów)

.....  
(nr telefonu kontaktowego)

Prof. dr hab. n. med. Izabela Domitrz  
Prodziekan ds. kierunku Fizjoterapia  
Wydział Lekarsko-Stomatologiczny  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

## WNIOSEK

o wyrażenie zgody na odbycie wakacyjnej praktyki studenckiej we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie wakacyjnej praktyki studenckiej w .....

.....  
(nazwa i adres zakładu pracy / podmiotu leczniczego)

w terminie ..... zgodnie z załączonym do Wniosku programem praktyki.  
Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko oraz  
forma i kierunek studiów do: .....

.....  
(nazwa zakładu pracy / podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki studenckiej.

.....  
( podpis studenta)

### Kontakt do osoby zajmującej się praktykami studenckimi w zakładzie / podmiocie leczniczym

(wypełnia osoba zajmująca się praktykami)

Imię i nazwisko .....

Telefon kontaktowy .....

Zgodnie z art. 7 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),

**oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, danych kontaktowych oraz miejsca zatrudnienia**, przez Warszawski Uniwersytet Medyczny jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania odbycia praktyk studenckich w zakładzie / podmiocie leczniczym.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię, nazwisko i podpis osoby zajmującej się praktykami)

## INFORMACJA:

Administratorem Pana/Pani danych w rozumieniu RODO jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 31, 02-091 Warszawa; kontakt do Inspektora Danych Osobowych WUM: tel. 22-57-20-054; [iod@wum.edu.pl](mailto:iod@wum.edu.pl) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu udokumentowania odbycia praktyk studentów Warszawskiego Uniwersytetów Medycznego w zakładzie / podmiocie leczniczym na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz będą przechowywane przez okres 50 lat zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 2787 t.j.).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem odbywania praktyk studenckich w zakładzie/ podmiocie leczniczym przez ww. studenta. Żądanie przez Administratora podania danych osobowych wynika z obowiązku Administratora udokumentowania odbycia praktyk studentów Warszawskiego Uniwersytetów Medycznego w zakładzie / podmiocie leczniczym zgodnie z przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1571 t.j.)

Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych i prawo ich poprawiania, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Dane te nie będą udostępniane innym podmiotom, o ile nie będzie to wymagane przepisami prawa. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie, co można wykonać składając pisemne oświadczenie osobiście lub korespondencyjnie: Dziekanat Wydziału Lekarsko - Stomatologicznego, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, przy czym cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody. A ponadto cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie miało wpływu na przechowywanie danych osobowych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny przez okres 50 lat realizowane w wykonaniu obowiązku nałożonego na Warszawski Uniwersytet Medyczny przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 2787 t.j.).

W oparciu o dane osobowe Warszawski Uniwersytet Medyczny nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku, gdy przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO. Zapoznałem/am się z powyższą Informacją.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię, nazwisko i podpis osoby zajmującej się praktykami)

*\* student – wnioskodawca powinien skreślić niepotrzebne przed przekazaniem wniosku do wypełnienia osobie, która ma zajmować się jego praktykami w zakładzie / podmiocie leczniczym*

### **Opinia**

**Wyrażam zgodę** na odbycie praktyki / **Nie wyrażam zgody** na odbycie praktyki.

**Uzasadnienie** (w przypadku decyzji odmownej) .....

.....

Warszawa, .....  
(data, imię, nazwisko i podpis)