……..
(pieczęć jednostki organizacyjnej WUM)

……
(miejscowość, data)

……
(imię i nazwisko studenta)

……
(nr indeksu / rok studiów)

……
(nr telefonu kontaktowego)

dr hab. n. med. Piotr Regulski
Prodziekan ds. współpracy z zagranicą i kierunków: lekarsko-dentystycznego w języku angielskim i elektroradiologia
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.

……
(miejscowość 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 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.

…… ……

(miejscowość 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)