…….. Warszawa, dn. ……
(pieczęć jednostki organizacyjnej WUM)

……...
(imię i nazwisko studenta)

…….....
(nr indeksu / rok studiów/ kierunek)

……
(nr telefonu kontaktowego)

Prodziekan ds. Kształcenia
Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego
Prof. dr hab. Agnieszka Mielczarek

Wniosek o wyrażenie zgody na odbycie stażu zawodowego we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie stażu zawodowego w……..

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

w terminie..... …….zgodnie z załączonym do Wniosku programem stażu.

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 stażu zawodowego.

.....
(podpis studenta)

Kontakt do osoby zajmującej się stażem zawodowym w zakładzie/podmiocie leczniczym
(wypełnia osoba zajmująca się praktykami)

Imię i nazwisko…….....

Telefon kontaktowy/fax.....

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 61, 02-091 Warszawa; kontakt do Inspektora Danych Osobowych WUM: tel. 22 57-20-320; 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 2021 r. poz. 661 z późn. zm.).

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 i nauce (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

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 2021 r. poz. 661 z późn. zm.).

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)

Opinia opiekuna stażu zawodowego w Wydziale

(wypełnia opiekun -pracownik WUM)

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

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

…….

Warszawa,……..
(data, imię, nazwisko i podpis opiekuna stażu)

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