

Warszawa, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Tryb specjalizacji\* rezydencki  
pozarezydencki

tel. ....

e-mail .....

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych  
Wojskowego Instytutu Medycznego  
Państwowego Instytutu Badawczego  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

## ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu kierunkowego** w ramach odbywanej **specjalizacji** z:

.....  
(nazwa realizowanej dziedziny specjalizacji)

Nazwa stażu kierunkowego: .....

Klinika / Oddział: .....

Dokładny termin: ..... Nr karty specjalizacyjnej: .....

Placówka szkoleniowa prowadząca specjalizację: .....

Aktualna placówka realizująca moduł podstawowy:.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w podaniu 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....  
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

.....  
( podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/  
kierownika modułu podstawowego )

Opinia Kierownika Kliniki, w której realizowany będzie staż kierunkowy: **POPIERAM / NIE POPIERAM\***

Na kierownika stażu kierunkowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji  
kierownika stażu kierunkowego

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu jednostki przyjmującej)

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika stażu kierunkowego jednostki przyjmującej)

Opinia Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego: **jednostka posiada akredytację/ nie posiada akredytacji\***

Odbywanie stażu na mocy Umowy nr.....

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika WKPL WIM-PIB)

\*- niepotrzebne skreślić

**Wymagany załącznik: wydruk EKS. WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM Podanie należy złożyć w Kancelarii Ogólnej WIM-PIB na 1 miesiąc przed planowanym stażem. W PRZYPADKU BRAKÓW FORMALNYCH, PODANIE NIE BĘDZIE ROZPATRYWANE**

Druk wewnętrzny WKPL/CKP Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego/07/22/A

.....  
(pieczęć jednostki kierującej)

Warszawa, dnia .....

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych  
Wojskowego Instytutu Medycznego  
Państwowego Instytutu Badawczego**  
ul. Szaserów 128  
04-141 Warszawa

**SKIEROWANIE**  
**DO ODBYWANIA STAŻU KIERUNKOWEGO**  
**W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM**  
**PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE BADAWCZYM**

Na mocy Umowy nr ..... z dnia ..... roku

kieruję lekarza/lekarza dentystę\* .....

(imię, nazwisko, PESEL, nr PWZ)

.....  
do odbycia stażu kierunkowego w zakresie .....

.....  
realizowanego w ramach specjalizacji z .....

.....  
w ramach modułu\*\* z .....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej z jednostki kierującej )

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - dotyczy lekarzy/lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie modułowym

**OŚWIADCZENIE  
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu:

- 1) realizacji **stażu kierunkowego** prowadzonego przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy, 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1);

TAK  NIE

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Złożenie podpisu jest równoznaczne z wyrażeniem zgody, o której mowa powyżej.

.....  
podpis /imię i nazwisko/  
lekarza/lekarza dentystry oddelegowanego na staż kierunkowy

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych kandydata**

Osoba składająca powyższe oświadczenie oświadcza, że została poinformowana, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa;
- 2) podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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, zwanego dalej „Rozporządzeniem”;
- 3) dane osobowe zbierane są w celu wskazanym w oświadczeniu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- 4) dane osobowe będą przechowywane bezterminowo;
- 5) przysługuje jej prawo:
  - a) żądania dostępu do treści swoich danych;
  - b) sprostowania danych;
  - c) żądania usunięcia swoich danych osobowych;
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych.
- 6) przysługuje jej prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych narusza przepisy Rozporządzenia;
- 7) odbiorcami danych osobowych są pracownicy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego oraz placówki medyczne współpracujące z Wojskowym Instytutem Medycznym Państwowym Instytutem Badawczym;
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak dla celu realizacji stażu kierunkowego jest warunkiem koniecznym;
- 9) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu;
- 10) administrator może przekazywać Państwa dane osobowe odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym pod warunkiem podpisania z nimi odrębnej umowy, zgodnie z art. 44-50 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016;
- 11) kontakt z osobą realizującą w Wojskowym Instytucie Medycznym Państwowym Instytucie Badawczym zadania inspektora ochrony danych jest możliwy poprzez adres poczty elektronicznej: [ochrona.danych@wim.mil.pl](mailto:ochrona.danych@wim.mil.pl) lub pisemnie na adres administratora danych z dopiskiem „inspektor ochrony danych”;

.....  
podpis /imię i nazwisko/  
lekarza/lekarza dentystry oddelegowanego na staż kierunkowy

## ZOBOWIĄZANIE

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Podmiot kierujący do odbycia stażu kierunkowego</b>	
<b>Miejscowość i data</b>	

**Ja, niżej podpisany(-a), w związku ze skierowaniem mnie do odbycia stażu kierunkowego do Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego, niniejszym zobowiązuję się do:**

- 1) rzetelnego wykonywania obowiązków i zadań powierzonych przez kierownika prowadzącego staż kierunkowy, zgodnie z zasadami etyki i sztuki lekarskiej,
- 2) wykonywania pracy w wymiarze przewidzianym w programie stażu,
- 3) dbania o powierzone mi przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy mienie, materiały i inne wyposażenie, pod rygorem natychmiastowego usunięcia ze stażu w przypadku nieprawidłowego ich użytkowania (eksploatacji),
- 4) przestrzegania praw pacjenta, zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi sektora ochrony zdrowia,
- 5) przestrzegania wewnętrznych uregulowań Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego,
- 6) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, stosownie do wymogów prawa powszechnie obowiązującego.
- 7) przetwarzania zbiorów danych osobowych, których administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy (dalej „Dane”), zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych, a w szczególności do:
  - a) ścisłego przestrzegania regulacji wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego normujących kwestie ochrony i bezpieczeństwa Danych,
  - b) bezterminowego zachowania Danych w tajemnicy oraz sposoby ich zabezpieczania,
  - c) dbałości o zachowanie integralności i dostępności przetwarzanych przeze mnie Danych przy użyciu systemów informatycznych, jak i poza systemami,
  - d) wykonywania na Danych jedynie takich operacji, jakie będą niezbędne do zapewnienia prawidłowej realizacji Umowy o odbycie stażu kierunkowego,
  - e) nie pozostawiania bez dozoru, ani udostępniania osobom nieupoważnionym posiadanych przeze mnie nośników informacji (tradycyjnych i elektronicznych) zawierających Dane,
  - f) nie wykorzystywania Danych do celów nie związanych z odbywaniem stażu,
  - g) zachowania w poufności informacji dotyczących platformy sprzętowo-programowej użytkowanych przeze mnie systemów informatycznych,
  - h) niezwłocznego, w sposób uniemożliwiający odczytanie Danych, zniszczenia dokumentów błędnych lub wydrukowanych nadmiarowo oraz zbędnych brudnopisów,
  - i) bezzwłocznego, skutecznego powiadomienia Kierownika stażu kierunkowego lub Administratora Bezpieczeństwa Informacji Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego o stwierdzeniu naruszenia ochrony Danych, jak również o zaistnieniu okoliczności mogących przyczynić się do naruszenia tej ochrony.
- 8) Zachowania w tajemnicy informacji (niezależnie od sposobu i formy ich wyrażania), przekazanych mi przez Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy z zastrzeżeniem ich poufności.

**Oświadczam, że:**

- 1) znana jest mi definicja danych osobowych, w rozumieniu art. 4 ust. 1 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 „Rozporządzenie”, w myśl którego za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej,
- 2) znane mi jest pojęcie szczególnych kategorii danych, o których mowa w art. 9 ust. 1 Rozporządzenia,
- 3) jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z Rozporządzenia, przewidzianej za niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych.

.....  
 podpis lekarza/lekarza dentystry  
 oddelegowanego na staż kierunkowy

Sporządzono w 2 egz.  
 Otrzymują:  
 - Przyjmujący  
 - Kierujący