Centrum e-Zdrowia
ul. Stanisława Dubois 5A
00-184 Warszawa

**Wniosek o odbycie praktyki w Centrum e-Zdrowia**

1. Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………...
2. Data urodzenia ………………………………………………………….......…………..
3. Seria i numer dowodu osobistego ………………………………………………………
4. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..
5. Adres do korespondencji ………………………………………………………………..
6. Telefon ………………………………………………………………………………….
7. E-mail …………………………………………………………………………………..
8. Wykształcenie:
Uczelnia ………………………………………………………………………….....
Wydział ……………………………………………………………………………..
Kierunek/ specjalizacja……………………………………………………………...
Rok studiów...……………………………………………………………………….
Inne .………………………………………………………………………………...
………………………………………………………………………………………
9. Główne cele praktyki i oczekiwania kandydata (ewentualnie proponowany program praktyki): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. Termin i czas trwania praktyki:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
11. Wskazanie Wydziału/ komórki organizacyjnej Centrum, w której miałaby się odbywać praktyka:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Punkty od 9 do 11 – możliwość uzupełnienia po rozmowie wstępnej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przyjęcia mnie na praktyki w Centrum e-Zdrowia.

………………………………………….. ………………………………………………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych zawartych w formularzu**

**zgłoszenia na praktykę w Centrum e-Zdrowia przekazanych przez praktykantów i stażystów**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum e-Zdrowia z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stanisława Dubois 5A (kod pocztowy: 00–032) z którym można się kontaktować pod wskazanym adresem , na skrytkę ePUAP /csiozgovpl/SkrytkaESP lub na adres email biuro@cez.gov.pl

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani /Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych pisemnie na adres siedziby Administratora wskazany w pkt 1 lub drogą mailową iod@cez.gov.pl.

3) Informujemy, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

4) Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa .

5) Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat od zakończenia praktyki/stażu.

6) Informujemy, iż posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

7) Informujemy, iż w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8) Informujemy, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego pod adresem Urząd Ochrony Danych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem przyjęcia na praktykę/staż w Centrum e-Zdrowia. Brak podania danych osobowych będzie skutkował odrzuceniem zgłoszenia na praktykę w Centrum e-Zdrowia.

11) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą

profilowane.