****

**Formularz uzupełniający lekarza/lekarza dentysty stażysty\***

………………………………………………………………………………..………………………..

Imię/imiona i nazwisko

**Preferowana miejscowość odbywania stażu (podana jako pierwsza w podaniu na staż):**

………………………………………………………………………………..………………………..

**Znajomość języków obcych:**

………………………………………… słaba dobra biegła

………………………………………… słaba dobra biegła

………………………………………… słaba dobra biegła

………………………………………… słaba dobra biegła

……………………………………….…….

 *Data i podpis*

*Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:*

*1)Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu przy ul. Nowowiejskiego 51, którą reprezentuje Prezes.*

*2)Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych– Katarzyna Michalska admin@wil.org.pl.*

*3)Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku prowadzeniem Rejestru Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w związku z Ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009 Nr 219 poz. 1708 ze zm., tj. Dz.U. 2019 poz.965)*

*4)Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu zakończenia rozmów, nie dłużej niż 12 miesięcy.*

*6)Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.*

*7)Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.*

*8)Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

*9)Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.*

***\*Prosimy wypełniać drukowanymi literami***