**Zgoda ośrodka na odbycie stażu (tylko w przypadku wyjazdu indywidualnego)**

Imię:  
Nazwisko:  
PESEL:  
Nazwa jednostki odbywania stażu:  
Adres:  
Dane kontaktowe:  
Okres wyjazdu:

Wyrażam zgodę na odbycie stażu zawodowego.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………..  Podpis kierownika/ordynatora/ lekarza/lekarza dentystę kierującego oddziałem/kliniką/ośrodkiem | ……………………………………..  podpis wnioskodawcy lekarza/lekarza dentystę kierującego |

**Consent form for the internship (only in case of an individual internship)**

First name:  
Family name:  
Polish ID numer (PESEL):  
Name of the Center of internship:  
Address:  
Contact details:  
Internship period:

I agree to the internship.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………..  signature of the person in charge/ordynator/  doctor/dentist in charge department/clinic/center | …………………………………………..  applicant’s signature |

**Oświadczenie dotyczące ogłoszenia zjazdowego (w tym sesji plakatowej)**

Imię:  
Nazwisko:  
PESEL:  
Tytuł wygłoszenia/prezentacji:  
Miejsce wygłoszenie/prezentacji:  
Rok wygłoszenia/prezentacji  
  
Oświadczam, ze powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadomy odpowiedzialności cywilno-prawnej   
za przedstawienie nieprawdziwych informacji.

Data i podpis wnioskodawcy ……………………………………………………….

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia   
27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji funduszy stypendialnego prowadzonego przez Wielkopolską Izbę Lekarską oraz jego rozliczenia i sprawozdawczości.

………………………………….

*(data i czytelny 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](mailto:admin@wil.org.pl),
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb wnioskowania o stypendium   
   z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, oceny wniosku o stypendium na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia   
   27 kwietnia 2016 r. oraz jego rozliczenia i sprawozdawczości na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione   
   do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi   
   i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
5. 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, prawo   
   do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom   
   w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.