

Racibórz, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Do Dyrektora Szpitala Rejonowego
im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu
ul. Gamowska 3
47-400 Racibórz

Podanie o przyjęcie na praktykę zawodową

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk zawodowych w Szpitalu Rejonowy w Raciborzu w okresie od do w wymiarze godzin w oddziale/dziale

Jestem uczniem/studentem¹ roku Wydziału Kierunku Uczelni/Szkoły¹ W

.....
(podpis)

Wyrażam / nie wyrażam¹ zgody na odbycie praktyki

.....
(podpis Dyrektora)

Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:

.....
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

Opiekunem wolontariatu/praktyk/stażu* będzie:

.....

¹ niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko

**KLAUZULA INFORMACYJNA
DLA PRAKTYKANTÓW / STAŻYSTÓW / WOLONTARIUSZY**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz, tel. 032 - 755 50 71.
2. We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu można kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych: iodo@szpital-raciborz.org oraz pod numerem telefonu. 32 755 50 71
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z przeprowadzeniem rekrutacji na staż, praktykę lub wolontariat oraz w celach związanych z realizacją praktyki, stażu lub wolontariatu:
 - a) kontakt telefoniczny na potrzeby rekrutacji na staż, praktykę lub wolontariat na podstawie zgody - art. 6 ust.1 lit.a RODO;
 - b) realizacja stażu, praktyki lub wolontariatu na podstawie umowy - art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
 - c) zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony mienia poprzez monitoring wizyjny na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Odbiorcami danych będą osoby upoważnione przez administratora, podmioty przetwarzające oraz podmioty upoważnione z przepisu prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.
6. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia ochrony danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie danych jest dobrowolne , jednak niezbędne do realizacji celu.
9. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu oraz że zostałem/łam poinformowany/na o dostępności ww. informacji na stronie internetowej Szpitala: www.szpital-raciborz.org oraz na tablicach informacyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis