……..…………………….. . . . . . . . . . . . . . ., dnia . . . . . . . . . . . r.

imię i nazwisko (miejscowość)

…………………………….

nr telefonu

…………………………….

adres e-mail

**Dyrektor**

**Szpitala Uniwersyteckiego**

**w Krakowie**

# PODANIE O PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę w . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(nazwa Oddziału Klinicznego / Zakładu / Działu / Sekcji)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . w okresie od . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r. do . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r.

w wymiarze . . . . . . . godzin.

co stanowi ……………dni

Jestem studentką/em / słuchaczką/em . . . . roku. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(nazwa kierunku oraz Uczelni / Szkoły)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Uzasadnienie: . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*podpis wnioskodawcy*

*podpis i pieczęć*

*Kierownika właściwej komórki organizacyjnej*

………………………………….

*podpis i pieczątka opiekuna*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*podpis i pieczęć Dyrektora*

**INFORMACJA DLA OSÓB ODBYWAJĄCYCH PRAKTYKĘ STUDENCKĄ/ZAWODOWĄ LUB STAŻ WRAMACH SZKOLENIA DO UZYSKANIA CERTYFIKATU PSYCHOTERAPEUTY O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

1. **Administrator danych osobowych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (zwany dalej „Szpitalem”), adres: ul. Mikołaja Kopernika 36, 31‑501 Kraków, telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.**

1. **Inspektor Ochrony Danych:**

Szpital powołał **Inspektora Ochrony Danych**, z którym może Pani/Pan się skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych i praw przysługujących Pani/Panu na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: **adres e-mail:** [dane.osobowe@su.krakow.pl](mailto:dane.osobowe@su.krakow.pl), tel. 12 424 71 17.

1. **Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Szpital może przetwarzać Pani/ Pana dane osobowe w celach:

1. przeprowadzenia rekrutacji na praktykę lub staż – na podstawie zgody w myśl art. 6 ust. 1 lit. a) RODO;
2. związanych z realizacją praktyki lub stażu – na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.
3. **Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione:

* pracownikom i współpracownikom Szpitala posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych osób odbywających praktykę lub staż w Szpitalu w związku z wykonywaniem obowiązków,
* dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych);
* podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

1. **Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:**

Szpital nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

1. **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:**

W przypadku negatywnego rozpatrzenia Pani/Pana podania o przyjęcie na praktykę lub staż, Pani/ Pana podanie zostanie zniszczone po upływie trzech miesięcy.

W przypadku przyjęcia na praktykę lub staż Szpital będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji związanej z odbywaniem praktyki lub stażu.

1. **Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych niekompletnych, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia wyrażonych zgód na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **Obowiązek podania danych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w procesie rekrutacji oraz realizacji praktyki lub stażu. Niepodanie powyższych danych może być przyczyną odmowy przyjęcia na praktykę lub staż.

1. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani /Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.

**Osoby odbywające praktykę lub staż - zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych w podaniu o przyjęcie na praktykę lub staż przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji, 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.U.UE.L.2016.119.1) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

Data Podpis

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Zgodę można wycofać w jeden z następujących sposobów:

* Wycofanie zgody można przesłać drogą elektroniczną na adres: **rekrutacja@su.krakow.pl**
* Wycofanie zgody można przesłać pocztą tradycyjną na adres:

**Szpital Uniwersytecki w Krakowie,**

**Sekcja Rekrutacji, Szkoleń i Spraw Socjalnych**

**Ul. Kopernika 19, I piętro**

**31-501 Kraków**

* Wycofać zgodę można osobiście – pod adresem: **j.w.**

Data Podpis