

Radom, dnia r.

imię i nazwisko

.....

nr telefonu

.....

adres e-mail

Zarząd
Mazowieckiego Szpitala
Specjalistycznego Sp. z o.o.

PODANIE O WOŁONTARIAT

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na wolontariat w
(nazwa Oddziału / Zakładu / Działu)

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

Jestem

(wykonywany zawód, realizowana forma kształcenia, uprawnienia, kwalifikacje zawodowe itd.)

swoją prośbę motywuję

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Kierownika komórki organizacyjnej, w której miałby odbywać się wolontariat:

.....
.....

.....
(podpis i pieczętka Kierownika komórki
organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć Prezesa Zarządu)

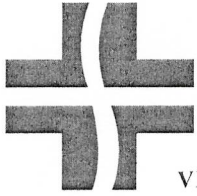
**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ
O ODBYCIĘ WOLONTARIATU
W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM SP. Z O.O.
Z SIEDZIBĄ W RADOMIU**

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), dalej RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.** z siedzibą w Radomiu
- 2) Inspektorem Ochrony Danych jest Paulina Gierczak tel. (48 361 48 67), e-mail: paulina.gierczak@wss.com.pl; e-mail wss-iso@wss.com.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:
 - a) w celu rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na staż kierunkowy w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) RODO - zgody na przetwarzanie danych i art. 6 ust. 1 pkt c) RODO
 - b) w celach związanych z realizacją stażu kierunkowego – na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO
- 4) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a ich nieprzekazanie spowoduje brak możliwości rozpatrzenia złożonego wniosku o przyjęcie na staż kierunkowy.
- 5) Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych podmiotom innym niż upoważnione na mocy przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane po zakończeniu rozpoznania wniosku, nie dłużej jednak niż przez jeden rok od rozpoznania wniosku.
- 8) W związku z przetwarzaniem danych przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - b) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie albo innego organu nadzorczego posiadającego kompetencje do rozpoznania skargi w dacie jej wniesienia, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, a od dnia 25.05.2018 r. także przepisy 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 (RODO).

Informację otrzymałam/otrzymałem:

Radom, dnia podpis



Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.
26-617 Radom , ul. Juliana Aleksandrowicza 5
www.wss.com.pl szpital@wss.com.pl

Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku
VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81 800 000,00 zł NIP 7962963679 REGON 670209356
Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548

tel. centrala: 48 361 30 00
tel. sekretariat: 48 361 39 00
fax: 48 345 11 18, 48 345 10 43

Dział Organizacji, Nadzoru i Marketingu
tel. 48 361-49-94
e-mail: emilia.domagala@wss.com.pl

Radom dn.....

.....
.....
imię i nazwisko

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB ODBYWAJĄCYCH
WOLONTARIAT W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM Sp. z o. o.
w RADOMIU**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podczas odbywania wolontariatu,
przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o. o. w Radomiu.*

*Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dla wolontariuszy
w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o. o. w Radomiu.*

.....
data i podpis

Mazowsze.
serce Polski