

Radom, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania c.d.)

.....
(numer telefonu)

.....
(PESEL)

Zarząd
Mazowieckiego Szpitala
Specjalistycznego Sp. z o. o.
ul. Juliana Aleksandrowicza 5
26-617 Radom

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk studenckich/zawodowych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o. o. z siedzibą w Radomiu.

Jestem studentem/słuchaczem roku wydziału

na w
(nazwa uczelni- szkoły) (miejsowość)

Praktykę w ilości godzin chciałbym/chciałabym odbywać w:

1. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

2. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

3. w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów zorganizowania i przeprowadzenia praktyki przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu realizacji praktyk studenckich i zawodowych obowiązującym w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis studenta/słuchacza)

Wypełnia Szpital

Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:

Rodzaj zawieranej umowy:

ze studentem

z uczelnią

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki

.....
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

.....
(podpis Prezesa/Dyrektora)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ODBYCIE
PRAKTYK ZAWODOWYCH
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 praktyki zawodowe 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 zawarciem umowy oraz realizacją praktyk zawodowych – 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 praktyki zawodowe.
- 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 dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy 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 3900
fax: 48 345 11 18, 48 345 10 43

Dział Organizacji, Nadzoru i Marketingu

tel. 48 361-31-26

e-mail: don-szkolenia@wss.com.pl

Radom dn.....

.....
.....
imię i nazwisko

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB ODBYWAJĄCYCH
PRAKTYKI STUDENCKIE I ZAWODOWE
W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM Sp. z o.o.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podczas prowadzenia praktyk
studenckich i zawodowych przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.*

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

.....
data i podpis