

Załącznik Nr 1

do Regulaminu organizacji praktyk
studenckich i praktyk zawodowych
w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej Szpital
Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie

Skarżysko-Kamienna, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

.....
e- mail

**Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej
Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką*, praktykę zawodową* w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie w komórce organizacyjnej medycznej* ,administracyjnej*:

.....
.....

W okresie od do; razem dni/godz.

Jestem uczniem*/studentką(em)*/słuchaczką(em)*

.....
(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunku studiów, rok)

1. *Oświadczam, iż zostałem poinformowany, iż jestem zobowiązany (-a) zaszczepić się przeciwko WZW, a w dniu rozpoczęcia praktyki będę co najmniej po drugim szczepieniu ochronnym.*
2. *Oświadczam, iż zapoznałem się z zasadami ochrony danych przyjętych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie.*
3. *Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym w zakresie praktyk studenckich/zawodowych.*
4. *Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych wszystkich osób z jakimi zetknąłem(am) się w trakcie realizacji praktyki, w szczególności z danymi dotyczącymi pacjentów i ich zdrowia, zaś ewentualne wykorzystanie powziętych informacji i doświadczeń może odbywać się jedynie w celach związanych z moim kształceniem i doskonaleniem zawodowym, z zachowaniem całkowitej anonimacji danych pacjentów.*

.....
(podpis kształcącego się)

**Opinia kierownika komórki organizacyjnej/pielęgniarki koordynującej - Opiekuna praktyki
w zakresie wyrażenia zgody:**

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody*

.....
(Podpis i pieczęć Dyrektora)

***Właściwe podkreślić/zakreślić**

Kluczula informacyjna dla osób odbywających praktykę studencką /zawodową

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. tj. Rozporządzenia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie jest możliwy pod adresem pocztowym: ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych Osobowych” lub na adres e-mail: zoz@zoz.com.pl

3) Celem przetwarzania jest realizacja praktyk studenckich. Podstawą prawną przetwarzania jest:

- realizacja umowy (porozumienia) z jednostką kierująca na praktyki lub indywidualnie zawartej umowy na praktyki art. 6 ust. 1 lit b RODO

- realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa tj. art. 304 ustawy kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy o praktykach absolwenckich, par 16 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. W przypadku gdy w toku praktyki możliwy będzie kontakt z osobami małoletnimi na podstawie art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym zakład pracy jest zobowiązany ustalić, czy dane Pani/Pana nie są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym i w tym celu konieczne jest wskazanie Pani/Pana numeru Pesel, imion rodziców i Pani/Pana nazwiska rodowego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust 1 lit b RODO

- zgody w zakresie samodzielnie i dobrowolnie podania danych przez praktykanta art. 6 ust. 1 lit a RODO

- prawnie uzasadnionego interesu Administratora Danych objawiającego się dochodzeniem roszczeń lub obrony przed roszczeniami, w sytuacji naruszenia zasad organizacyjnych, bezpieczeństwa przyjętych w miejscu realizacji praktyk, objęcia takiej osoby monitoringiem wizyjnym

Zakres danych obejmuje imię nazwisko, imiona rodziców, nazwisko rodowe, adres pesel, informacje o stanie zdrowia (szczepienia) dane kontaktowe (telefon, email) i nazwę jednostki kierującej na praktykę

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów, firmom zapewniającym pomoc informatyczną, prawną, audytową, uczelni kierującej na praktyki Nie przewiduje się przekazywania Pani/pana danych do państw trzecich.

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z okresem trwania umowy, obrony/ochrony przed roszczeniami.

6) W wyniku przetwarzania danych przysługują Państwu, określone prawa wynikające z RODO:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- e) prawo do przenoszenia danych;
- f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO ul. Stawki 2 w Warszawie.

Należy wskazać iż realizacja niektórych praw może podlegać ograniczeniom wynikającym z realizacji przepisów prawa.

7) Pani/Pana dane nie podlegają profilowaniu i nie są przedmiotem zautomatyzowanego procesu podejmowania decyzji.

8) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne i jest konieczne do identyfikacji osoby odbywającej praktykę. Dane podane dobrowolnie w oparciu o zgodę są fakultatywne. Zgoda może zostać cofnięta w każdym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

Wyrażam/nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie podanych przeze mnie dobrowolnie i świadomie następujących danych osobowych;

.....(np. dane kontaktowe w postaci telefon i/lub e-mail) w celu właściwej celu organizacji praktyk na terenie ZOZ w Skarżysku - Kamiennej.

.....
data i czytelny podpis praktykanta

Oświadczenie dotyczące poufności:

1. Oświadczam, iż zostałam/zostałem* zapoznana/zapoznany* z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, tj. Rozporządzenie PE i Rady EU 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, ustawą o ochronie danych osobowych oraz z wprowadzonymi i wdrożonymi do stosowania przez Administratora Danych Osobowych dokumentami związanymi z ochroną danych osobowych, w szczególności z Polityką Ochrony Danych Osobowych obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie. Przyjmuję do wiadomości zawarte w nich obowiązki w zakresie ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich stosowania.

2. Ponadto, zobowiązuję się do:

a. Nieujawniania danych osobowych w tym także w zakresie danych dotyczących zdrowia lub jakichkolwiek informacji w którym posiadanie weszłam/wszedłem, nieuprawnionym osobom fizycznym lub jednostkom organizacyjnym bez względu na formę, bez zgody Administratora.

b. Pełnej klauzuli poufności wszelkich danych osobowych podczas realizacji praktyk jak i po jej ustaniu (bezterminowo).

3. Naruszenie przez praktykanta jego obowiązków wynikających z przepisów prawa o którym mowa powyżej może skutkować odpowiedzialnością finansową w wysokości 1000 zł (jeden tysiąc złotych) za każdy przypadek naruszenia obowiązków w zakresie danych osobowych). W przypadku, gdy Strona przeciwna na skutek naruszenia postanowień niniejszej umowy poniesie szkodę przewyższającą wysokość naliczonej kary umownej, ma prawo dodatkowo dochodzić naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

.....
data i czytelny podpis praktykanta