………………………………………………

 (pieczęć jednostki organizacyjnej WUM)

 Warszawa, dn. ………………………………

………………………………………………...

 (imię i nazwisko studenta)

………………………………………………....

 (nr indeksu / rok studiów)

…………………………………………………

 (nr telefonu kontaktowego)

Dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego

 Prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk

WNIOSEK

 o wyrażenie zgody na odbycie wakacyjnej praktyki studenckiej we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie wakacyjnej praktyki studenckiej w…………………………………..

.……………………………………………………………………………………………………………………………………....

(nazwa i adres zakładu pracy/podmiotu leczniczego)

w terminie zgodnie z załączonym do Wniosku programem praktyki.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko oraz

forma i kierunek studiów do:

 (nazwa zakładu pracy /podmiotu leczniczego)

 w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki studenckiej.

……………….……………………………………………………………

 (podpis studenta)

**Kontakt do osoby zajmującej się praktykami studenckimi w zakładzie / podmiocie leczniczym**

(wypełnia osoba zajmująca się praktykami)

Imię i nazwisko……………………………………...................................................................

Telefon kontaktowy/fax

Zgodnie z art. 7 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 (dalej: RODO), **oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, danych kontaktowych oraz miejsca zatrudnienia**, przez Warszawski Uniwersytet Medyczny jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania odbycia praktyk studenckich w zakładzie / podmiocie leczniczym.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

……………………………………… ………………………………………………………………

 (miejscowość i data) (imię, nazwisko i podpis osoby zajmującej się praktykami)

INFORMACJA:

Administratorem Pana/Pani danych w rozumieniu RODO jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa; kontakt do Inspektora Danych Osobowych WUM: tel. 22 57-­20-320; iod@wum.edu.pl Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu udokumentowania odbycia praktyk studentów Warszawskiego Uniwersytetów Medycznego w zakładzie/podmiocie leczniczym na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz będą przechowywane przez okres 50 lat zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. z 2016 r. poz. 1554 z późn. zm.).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem odbywania praktyk studenckich w zakładzie/podmiocie leczniczym przez ww. studenta. Żądanie przez Administratora podania danych osobowych wynika z obowiązku Administratora udokumentowania odbycia praktyk studentów Warszawskiego Uniwersytetów Medycznego w zakładzie/podmiocie leczniczym zgodnie z przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.).

Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych i prawo ich poprawiania, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Dane te nie będą udostępniane innym podmiotom, o ile nie będzie to wymagane przepisami prawa. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie, co można wykonać składając pisemne oświadczenie osobiście lub korespondencyjnie: Dziekanat Wydziału Lekarsko-Stomatologiocznego, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, przy czym cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody. A ponadto cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie miało wpływu na przechowywanie danych osobowych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny przez okres 50 lat realizowane w wykonaniu obowiązku nałożonego na Warszawski Uniwersytet Medyczny przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16.09.2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. z 2016 r. poz. 1554 z późn. zm.).

W oparciu o dane osobowe Warszawski Uniwersytet Medyczny nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.

Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku, gdy przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO.

Zapoznałem/am się z powyższą Informacją.

………………………………………. …………………………………………………………………

 (miejscowość i data) (imię, nazwisko i podpis osoby zajmującej się praktykami)

**Opinia opiekuna praktyk wakacyjnych w Wydziale**

(wypełnia opiekun -pracownik WUM)

**Wyrażam zgodę** na odbycie praktyki / **Nie wyrażam zgody** na odbycie praktyki.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej).........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Warszawa,………………………………………………………………..

 (data, imię, nazwisko i podpis opiekuna praktyk)

*\*student – wnioskodawca powinien skreślić niepotrzebne przez przekazaniem wniosku do wypełnienia osobie, która ma zajmować się jego praktykami w zakładzie/podmiocie leczniczym*