Bolesławiec, dnia .....

.....
Imię, nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Bolesławcu

Proszę o wyrażenie zgody na realizację praktyk studenckich z zakresu .....

w oddziałach .....

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, w łącznej ilości godzin .....

„Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zw. ogólnym rozporządzeniem o danych osobowych - Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb realizacji praktyk studenckich."

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, z siedzibą 59-700 Bolesławiec, ul. Jeleniogórska 4,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych – mail: iod@szpitalboleslawiec.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji praktyk studenckich - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat.
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody,
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
7. podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne,
8. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....