…………………………………………………… Katowice, dnia ………………...........

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………………………

*(nr tel.)*

 …………………………………………………………

*(e-mail)*

**Dyrektor**

**Centrum Psychiatrii**

 **w Katowicach**

**WNIOSEK**

**W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU PSYCHOLOGICZNEGO**

w Centrum Psychiatrii w Katowicach

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu psychologicznego w

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

*(nazwa komórki organizacyjne, w której będzie odbywany staż)*

w terminie od …...…….…………. do ………………… w ilości dni: ……………………………..

w celu …………………………………………………………………………………………...………

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(podpis wnioskodawcy)*

Potwierdzam możliwość odbycia stażu

……………………………………………………

*(data, podpis i pieczątka Kierownika komórki organizacyjnej)*

Potwierdzam przyjęcie obowiązków Opiekuna stażu

*……………………………………………………………*

*(data, podpis i pieczątka Opiekuna stażu)*

zgoda Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

……………………………………………………

*(podpis i pieczątka Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA

 Zgoda / brak zgody\*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*- niepotrzebne skreślić

***Klauzula informacyjna dla osób odbywających staż w Centrum Psychiatrii w Katowicach***

***im. dr Krzysztofa Czumy***

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

*1) administratorem danych osobowych osób ubiegających się o odbycie stażu jest Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy, adres: ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice;*

*2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@centrumpsychiatrii.com;*

*3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane w celu niezbędnym do odbycie praktyki. Dane osobowe stażystów są przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, oraz odpowiednich przepisów prawa: w szczególności z:*

*-* *Ustawa z dnia 27 lipca 2005r. prawo o szkolnictwie wyższym,*

 *- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

*4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);*

*5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*

*6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

*1) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;*

*2) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do odbycia stażu. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości odbycia stażu.*

*Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

*……………………………………………..*

 *data i podpis stażysty*