Kłobuck, dnia ……

# ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB ZOZ KŁOBUCK Z ZAKRESU PRAKTYK

Na podst. atr.6 ust.1 pkt a 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku z siedzibą ul. 11 Listopada 5c, 42-100 Kłobuck w zakresie objętym przekazanym przeze mnie:

- podaniem o praktykę
- zaświadczeniami, w tym zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii*
- badaniami lekarskimi
- przedstawioną umową/porozumieniem/skierowaniem na praktykę
- ubezpieczeniami OC i NNW na potrzeby realizowania praktyki/praktyk zawodowych
- numeru telefonu

Powyższa zgoda obejmuje przetwarzanie danych osobowych dla celów wyrażenia zgody na praktykę oraz zawarcia umowy (wolontariat) w przypadku pozytywnego wyniku.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do dostępu do treści przekazanych danych osobowych oraz ich poprawiania, a przekazanie danych osobowych jest dobrowolne.

……..

Podpis składającego oświadczenie

* Dotyczy praktyk, w czasie których praktykant ma styczność z dziećmi