

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE

W ZAKRESIE ORGANIZACJI PRAKTYKI STUDENCKIEJ

(proszę wydrukować dwustronnie i wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

**OŚWIADCZENIE NALEŻY DOSTARCZYĆ NA UCZELNIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ 21 DNI PRZED
WSKAZANYM TERMINEM ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI**

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:.....

NUMER ALBUMU

KIERUNEK STUDIÓW: ELEKTORADIOLOGIA

MEDYCYN NUKLEARNA	RENTGENODIAGNOSTYKA	TOMOGR KOMPUTEROWA
REZONANS MAGNETYCZNY	DIAGNOSTYKA ELEKTROMEDYCZNA	DIAGNOSTYKA ULRASONOGRAFICZNA

Podkreśl właściwe

NAZWA I DOKŁADNY ADRES PLACÓWKI, W KTÓREJ ODBYWA SIĘ PRAKTYKA:

.....

.....

WYPEŁNIA PLACÓWKA:

Niniejszym, działając w imieniu ww. placówki wyrażam zgodę na organizację i odbycie praktyki przez ww. studenta.

.....
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki

W okresie od do.....
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Liczba godzin liczba tygodni

Na opiekuna wyznaczam (zgodnie z poniższymi wymogami):

.....
Imię i nazwisko NPWZ/Identyfikator wpisu stanowisko

adres e-mail/numer telefonu opiekuna lub placówki

Na podstawie niniejszego oświadczenia zostanie przygotowane skierowanie na praktykę.

Opiekunem może być wyłącznie:

1. elektoradiolog w rozumieniu Ustawy o niektórych zawodach medycznych;
2. lekarz specjalista z danego zakresu praktyk;
3. pielęgniarka z odpowiednimi kwalifikacjami (po ukończeniu odpowiednich kursów specjalistycznych potwierdzających nadanie kompetencji) w niektórych zakresach diagnostyki elektromedycznej.

Opiekun musi posiadać minimum pięcioletnie doświadczenie zawodowe;

Opiekun musi posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego:

1. w przypadku elektoradiologa – wpis w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego;
2. w przypadku lekarza – numer prawa wykonywania zawodu (Centralny Rejestr Lekarzy);
3. w przypadku pielęgniarki – numer prawa wykonywania zawodu.

1. Oświadczam, iż :

- a. zostałem poinformowany o obowiązku ubezpieczenia OC i NNW,
- b. zostałem poinformowany, iż ponoszę koszty związane z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej,
- c. zostałem poinformowany o obowiązku pokrycia kosztów badań z zakresu profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym, potencjalnie zakaźnym i ryzykiem zakażenia HIV, HBV, HCV oraz kosztów profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.

2. Zapoznałem się z regulaminem praktyk.

3. Zobowiązuję się do odbycia praktyk zgodnie z programem, a ponadto do przestrzegania:

- a. ustalonego przez organizatora praktyki porządku i dyscypliny pracy,
- b. zasad BHP i p. poż.,
- c. zasad zachowania tajemnicy służbowej i państwowej oraz ochrony informacji uzyskanych w trakcie odbywania praktyki,
- d. przepisów o ochronie danych osobowych oraz zachowania w tajemnicy uzyskanych w trakcie odbywania praktyki danych osobowych zarówno w trakcie trwania praktyki jak i po jej zakończeniu,
- e. zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię.

.....
(podpis studenta)



KLAUZULA RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Akademia Humanitas z siedzibą ul. Kilińskiego 43, 41-200 Sosnowiec, ado@humanitas.edu.pl, tel. 32 3631200
 2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można poprzez e-mail iodo@humanitas.edu.pl.
 3. Celem przetwarzania danych osobowych jest:
 - organizacja studenckiej praktyki zawodowej - na podstawie wyrażonej przez Państwo zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO),
 - realizacja zawartej umowy/porozumienia z Akademią Humanitas w Sosnowcu kierującą na praktykę/staż - w związku z obowiązującymi przepisami prawa (art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO),
 - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w tym m. in. archiwizowania danych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
 4. Przetwarzane będą Państwa dane osobowe obejmujące: imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail oraz zajmowane stanowisko.
 5. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa, jeśli będzie to konieczne, Pana/Pani dane będą udostępniane innym administratorom, a także podmiotom przetwarzającym oraz osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, które muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki. Wymienieni odbiorcy danych zostaną zobowiązani do zachowania danych osobowych w poufności w procesie ich przetwarzania.
 6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa położonego poza granicami Unii Europejskiej niezapewniającego odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.
 7. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż jest to niezbędne do realizacji celów przetwarzania danych osobowych - dane niezbędne do przeprowadzenia studiów oraz archiwizacji dokumentacji związanej z ich przebiegiem przez okres 50 lat.
- Po upływie wymienionych okresów przechowywania dane osobowe zostaną usunięte lub zanonimizowane.
8. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do:
 - żądania dostępu do danych dotyczących osoby, której dotyczy,
 - sprostowania danych osobowych,
 - żądania usunięcia danych,
 - żądania ograniczenia przetwarzania,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy prawa.
 9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych związane jest z zawartą umową/porozumieniem w sprawie organizacji praktyk. Ich podanie jest dobrowolne, ale konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości zawarcia i realizacji w/w umowy/porozumienia.
 10. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane dla zautomatyzowanego podejmowania decyzji,

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio będą przetwarzane w związku z organizacją i realizacją praktyki studenckiej, objęte niniejszą zgodą.

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki