**WNIOSEK O UCZESTNICTWO W SZKOLENIU I EGZAMINIE**

**w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta**

**TERMIN SZKOLENIA: ……… MIEJSCE SZKOLENIA:** **………**

*prosimy wyraźnie wypełnić drukowanymi literami i przekazać kierownikowi szkolenia w terminie przynajmniej 7 dni przed planowanym szkoleniem
i egzaminem*

**DANE UCZESTNIKA:**

**IMIĘ: ………………………………….. NAZWISKO:** **…………………………………..**

**PESEL: …………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ\*:**  | .................................................. | ...................................... |
| *\*w przypadku uczestnika szkolenia, nieposiadającego obywatelstwa polskiego* | *rodzaj* | *numer i seria* |

**DANE DO KONTAKTU:**

**ADRES EMAIL: ………………………………….. TELEFON: …………………………………..**

**SPECJALNOŚĆ \*\*:**

*\*\*zaznaczyć właściwe*

lekarz radiolog **LR**,

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

lekarz wykonujący procedury z zakresu medycyny nuklearnej **LMN**,

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

lekarz wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej **LRZ**,

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

lekarz wykonujący inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania jonizującego **LIX**,

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

lekarz dentysta wykonujący medyczne procedury radiologiczne **LST**,

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

fizyk medyczny, technik elektroradiologii oraz inny personel medyczny wykonujący procedury radiologiczne – **FT-1** rentgenodiagnostyka i radiologia zabiegowa,

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

fizyk medyczny, technik elektroradiologii oraz inny personel medyczny wykonujący procedury radiologiczne – **FT-2** radioterapia,

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

fizyk medyczny, technik elektroradiologii oraz inny personel medyczny wykonujący procedury radiologiczne – **FT-3** medycyna nuklearna,

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

pielęgniarka uczestnicząca w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej **PMN**,

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

lekarz wykonujący procedury z zakresu radioterapii **LRT**

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

|  |
| --- |
| **DANE DO FAKTURY:***nazwa firmy, adres:* : ..................................................................................................................NIP ...................................... |

……………………………….….., dnia………….…………….r. podpis: …………………………………………………

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla uczestników szkolenia „Ochrona Radiologiczna Pacjenta”**

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) zostałam/zostałem poinformowany, iż:

Administratorem danych osobowych Uczestników szkolenia jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (zwany dalej „Szpitalem”), adres: ul. Mikołaja Kopernika 36, 31‑501 Kraków,** telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.

Szpital powołał **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania swoich danych osobowych i praw przysługujących osobom, których dane dotyczą na mocy przepisów o ochronie danych osobowych**. Dane kontaktowe adres e-mail:** dane.osobowe@su.krakow.pl, tel. 12 424 71 17.

Szpital będzie przetwarzał dane osobowe Uczestników szkolenia w celach:

* spełniania obowiązków i realizacji uprawnień wynikających z realizacji programu szkolenia - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) oraz art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej;
* związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
* związanych z ustaleniem, dochodzeniem lub obroną ewentualnych roszczeń - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Podanie danych niezbędnych do zawarcia lub wykonania umowy lub wypełnienia obowiązku prawnego, któremu podlega Szpital jest warunkiem zawarcia i wykonania umowy. Niepodanie powyższych danych może uniemożliwić udział w szkoleniu.

Dane osobowe Uczestników szkolenia mogą zostać ujawnione:

* pracownikom i współpracownikom Szpitala posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych Uczestników szkolenia w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych lub obowiązków określonych w zawartej umowie;
* podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Szpital nie planuje przekazywania danych osobowych Uczestników szkolenia do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Szpital będzie przechowywał dane osobowe Uczestników szkolenia przez okres niezbędny dla spełnienia obowiązków i realizacji uprawnień wynikających z organizowania szkolenia lub przez okres przedawnienia roszczeń związanych z realizacją szkolenia, określonych w przepisach prawa.

W przypadku przetwarzania danych osobowych w celu prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji księgowej
i podatkowej.

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych niekompletnych lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Uczestnicy szkolenia nie będą podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Dane osobowe Uczestników szkolenia nie będą również wykorzystywane do profilowania.

 *(data i podpis Uczestnika szkolenia)*