

Z a ś w i a d c z e n i e

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 2a.

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana / Panią w ramach umowy o pracę lub umowy
cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia,
zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny,
w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego
i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego i zawartej
z Panem / Panią przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 2b.

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana / Panią : w ramach
płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na okres trwania specjalizacji

.....
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

Z a ś w i a d c z e n i e

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 2c.

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana / Panią :w ramach
umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie
specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji z ww. przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

oraz płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych ww. zgodnie z programem specjalizacji,
na wniosek kierownika specjalizacji

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

Wypełnia Podmiot Prowadzący Studia Doktoranckie lub Jednostka Organizacyjna Zatrudniająca lekarza

Ad 2e.

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana / Panią :w ramach
poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich,
właściwych dla wnioskowanej specjalizacji, odbywanych przez ww. w okresie
oddow

(nazwa podmiotu prowadzącego studium doktoranckie)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika studium doktoranckiego)

Wyrażam zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego / bezpłatnego Panu / Pani
.....w celu odbycia specjalizacji w dziedzinie
.....w ramach odbywania studiów doktoranckich

.....
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

Informacja w zakresie ochrony danych osobowych:

Wojewoda Śląski – Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 25 jako administrator danych osobowych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację oraz realizacji szkolenia specjalizacyjnego i będą udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia. Dane nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

Podanie danych jest wymagane w związku z obowiązkiem ustawowym zawartym w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 z późn. zm.)

Dane będą przetwarzane do momentu ustania celu przetwarzania oraz w celach archiwalnych. Dane nie będą profilowane.

Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, lub ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Wszelkie informacje związane z danymi osobowymi można uzyskać kontaktując się z Inspektorem Danych Osobowych ŚUW pod nr telefonu 032 20 77 975 lub pisząc na adres iod@katowice.uw.gov.pl