

UZUPEŁNIENIE DO WNIOSKU O ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI
po zakwalifikowaniu lekarza do jej odbywania

Wypełnia jednostka wpisana na Listę Ministra Zdrowia jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizację

Akceptuję przyjęcie do odbywania specjalizacji w ramach wolnych miejsc szkoleniowych w jednostce.

Lek. Pan/Pani

Dziedzina

W TRYBIE POZAREZYDENCCKIM sposób odbywania specjalizacji w ramach:

2A. 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.

2B. płatnego urlopu szkoleniowego na czas trwania specjalizacji.

2C. umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji, oraz płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych ww. zgodnie z programem specjalizacji, na wniosek kierownika specjalizacji.

2D. umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne.

2E. poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich, właściwych dla wnioskowanej specjalizacji.

Podkreślić sposób odbywania szkolenia.

.....
pieczętka komórki prowadzącej specjalizację

.....
podpis i pieczętka kierownika/ordynatora komórki prowadzącej specjalizację

.....
pieczętka jednostki wpisanej na Listę Ministra Zdrowia

.....
podpis i pieczętka **dyrektora jednostki**

.....
miejscowość, data

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. (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 537 ze 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