



Łódź, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
miejsce odbywania specjalizacji

\_\_\_\_\_  
nazwa kliniki

\_\_\_\_\_  
nr prawa wykonywania zawodu

**INSTYTUTU Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

**WNIOSEK W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU KIERUNKOWEGO w ICZMP**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w:

\_\_\_\_\_  
[jednostka/komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.]

z zakresu \_\_\_\_\_

w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

w ramach specjalizacji z \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji  
/lub jednostki Kierującej

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczętka kierownika  
jednostki/komórki SZKOLĄCEJ

\_\_\_\_\_  
AKCEPTACJA DYREKTORA ICZMP  
jednostki/komórki SZKOLĄCEJ

*Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Informacji Naukowej (poziom II; budynek gin.-położniczy) 42 271 16 07, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.*

**UPOWAŻNIENIE nr \_\_\_\_\_**

do przetwarzania danych osobowych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi

Działając na podstawie art. 29 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, zwanego dalej „RODO”, w celu zapewnienia realizacji postanowień Polityki ochrony danych osobowych oraz RODO, **administrator upoważnia:**

imię: \_\_\_\_\_

nazwisko: \_\_\_\_\_

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO jest Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi lub które zostały powierzone Instytutowi „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi do przetwarzania. Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w postaci papierowej oraz w ramach nadanychostępów do systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych w zakresie zgodnym z zakresem powierzonych czynności. Upoważnienie traci ważność z chwilą jego cofnięcia, wydania nowego upoważnienia lub zakończenia stażu kierunkowego w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

---

Data, podpis i pieczęć administratora**OŚWIADCZENIE**

o zachowaniu informacji, w tym danych osobowych, w poufności w  
**Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi (dalej „ICZMP”)**

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, oświadczam, że:

Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych ICZMP obowiązujących w obszarze bezpieczeństwa informacji, w tym przetwarzania danych osobowych, a w szczególności Polityki ochrony danych osobowych „w pigułce”. <https://www.iczmp.edu.pl/ksztalcenie/>

- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych informacji, w tym danych osobowych, poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
- Zachowam w tajemnicy informacje, w tym dane osobowe, oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy ze ICZMP, jak i po jej zakończeniu.
- Będę wykonywać polecenia odpowiednio Inspektora Ochrony Danych lub Pełnomocnika ds. SZBI oraz innych przedstawicieli ICZMP odpowiedzialnych za bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa informacji, w tym danych osobowych, i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
- W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do informacji, w tym danych osobowych, lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym Centralny Zespół ds. Reagowania na Incydenty, adres e-mail: [incydent@iczmp.edu.pl](mailto:incydent@iczmp.edu.pl).
- Znane mi są zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące w ICZMP. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
- Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami prawa przetwarzanie informacji, w tym danych osobowych, oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących w ICZMP, kodeksu pracy, kodeksu karnego lub kodeksu cywilnego.
- Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.
- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą obowiązku informacyjnego wypełniającą postanowienia art. 13 RODO.

---

data i podpis składającego oświadczenie (wnioskodawcy)