

	ZŁ/04 - PP/03- ZZ Podnoszenie kwalifikacji zawodowych	Wydanie: 1 Data wydania: Lipiec 2025r. Strona 1 z 1
	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI DZIAŁ INFORMACJI NAUKOWEJ (DIN)	

WNIOSEK
w sprawie odbycia stażu kierunkowego w ICZMP

.....
 Imię i nazwisko

.....
 Miejsce odbywania specjalizacji

.....
 Nazwa kliniki, oddziału, zakładu, itp.

.....
 Nr prawa wykonywania zawodu/ numer telefonu

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

.....
 (komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.)

z zakresu w terminie od

..... do w ramach specjalizacji z

.....

.....
 (Podpis i pieczęć kierownika specjalizacji lub
 Jednostki Kierującej)

.....
 (Podpis wnioskodawcy)

Akceptacja Dyrektora ICZMP

.....
 /Data i podpis kierownika jednostki/komórki
 szkolącej/

.....
 /Data, pieczęć i podpis Dyrektora ICZMP lub osoby
 upoważnionej przez Dyrektora ICZMP/

Uwaga: Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Informacji Naukowej (tel.: 42 271 16 07), najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.

	ZŁ/05 - PP/03- ZZ Podnoszenie kwalifikacji zawodowych	Wydanie: 1 Data wydania: Lipiec 2025r. Strona 1 z 1
	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI DZIAŁ INFORMACJI NAUKOWEJ (DIN)	

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 i 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 nadanych dostępów 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/praktyki w **Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi**.

.....
Data, podpis i pieczęć administratora

OŚWIADCZENIE

o zachowaniu informacji, w tym danych osobowych, w poufności w ICZMP
W związku z dopuszczeniem do przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuje 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”.
- 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.
- 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)