

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

.....  
(adres e-mail)

**Dyrektor  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2  
im. dr J. Biziela  
w Bydgoszczy**

„Zgodnie z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych (RODO) informuję, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Biziela, z siedzibą w Bydgoszczy, przy ul. Ujejskiego 75, nr telefonu: 52 3655799, zwany dalej administratorem; administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu organizacji i realizacji wolontariatu – na podstawie: Art. 44 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z Art. 21 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w sprawie wolontariatu / Ustawy o wolontariacie
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, wniesienia sprzeciwu co do sposobu przetwarzania, ich poprawiania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji ww. celu.”

Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie Szpitala: WWW.biziel.umk.pl oraz na tablicy informacyjnej Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi (niski parter w budynku głównym Szpitala)

### Podanie o przyjęcie na wolontariat

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy

W .....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie od .....do .....

w charakterze.....

### Uzasadnienie

.....  
.....  
.....

.....  
(podpis wolontariusza)

.....  
(zgoda bezpośredniego przełożonego danej komórki org.)

.....  
(zgoda Dyrektora)