

.....
(miejscowość i data).....
imię i nazwisko.....
adres.....
pesel *.....
nr telefonu.....
adres e-mail (czytelnie).....
nr PWZ *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 odbycia stażu kierunkowego
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ograniczenia ich przetwarzania, usunięcia, 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 <https://biziel.umk.pl/szpital-klauzule-informacyjne-27> oraz na tablicy informacyjnej Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi (niski parter w budynku głównym Szpitala).**Wniosek w sprawie realizacji stażu kierunkowego**

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

W
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

w zakresie

w ramach specjalizacji z

w terminie od..... do

odbywam szkolenie specjalizacyjne w trybie..... W:

.....
(nazwa jednostki /szpitala odbywania szkolenia specjalizacyjnego) *.....
(data i podpis wnioskodawcy, pieczętka).....
(zgoda kierownika komórki organizacyjnej
Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2).....
(zgoda Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2)***nie dotyczy pracowników Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela**