FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W EGZAMINIE CENTRALNYM
DLA **POŁOŻNYCH** REALIZUJĄCYCH PROGRAM
**PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**

**Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres:** **cokszkolenia@coi.pl**

1. Imię i nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |

2 Adres zamieszkania:

*Kod*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Miejscowo*ść

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Ulica, numer domu, numer mieszkania*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Województwo*

4.Adres e-mail:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3.Kontakt telefoniczny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4.Nazwa i adres miejsca pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. Numer prawa wykonywania zawodu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6.Staż pracy:………………………………………………………………………………………………

Czy była Pani uczestnikiem wcześniejszych edycji KURSU ***DOKSZTAŁCAJĄCEGO W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI POBIERANIA ROZMAZÓW CYTOLOGICZNYCH DLA POTRZEB PROGRAMU* ? TAK/NIE**

**Jeśli TAK, to proszę podać rok i miejsce przeprowadzonego KURSU……………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z w/w szkoleniem.

………………................................................... …………………………………………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Prosimy o wypełnienie zgłoszenia drukowanymi literami

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. **DANE ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH**

Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa

1. **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

Adres e-mail iod@coi.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

1. **CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe kandydatów ubiegających się o zakwalifikowanie na egzamin cenrtalny dla położnych są zbierane w celu :

* rekrutacji uczestników.

Dane osobowe osób zakwalifikowanych na szkolenie dla położnych są zbierane w celu:

* zorganizowania centralnego egzaminu oraz wystawienia zaświadczenia o uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu,
* przeprowadzenia badań ewaluacyjnych.
1. **ZAKRES PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Przetwarzanie Pani/Pana danych obejmujące imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, zajmowane stanowisko, staż pracy, nr PWZ, nr telefonu, adres e-mail.

1. **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA**

Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1. lit a) (osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów).

1. **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Dane osobowe są przechowywane do czasu zrealizowania szkoleń i dokonania ich ewaluacji (nie dłużej niż 36 miesięcy) lub do odwołania zgody na przetwarzanie.

1. **ODBIORCY DANYCH**

Pani/Pana dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

1. **PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

Przysługuje Pani/Panu prawo: • dostępu do Pani/Pana danych osobowych • usunięcia lub sprostowania danych osobowych • ograniczenia przetwarzania danych osobowych • wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych • przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

1. **INFORMACJA O DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w szkoleniu.

1. **INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI**

Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.