FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W EGZAMINIE CYTODIAGNOSTÓW REALIZUJĄCYCH PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

**Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres: certyfikacja.cytodiagnostow@pib-nio.pl**

1. Imię i nazwisko:

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

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

1. Adres zamieszkania:

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

*Kod*

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

*Miejscowo*ść

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

*Ulica, numer domu, numer mieszkania*

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

1. Kontakt telefoniczny:

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

1. Adres e-mail

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

1. Nazwa i adres miejsca pracy:

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

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

1. Staż pracy w cytodiagnostyce szyjki macicy:..................................................................................
2. Czy pracownia uczestniczy w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy...................................
3. Numer prawa wykonywania zawodu:

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

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

*…………………………………….*

*data i podpis*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. **DANE ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH**

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, Centralny Ośrodek Koordynujący.

1. **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

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

1. **CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe kandydatów ubiegających się o zakwalifikowanie na egzamin dla cytodiagnostów są zbierane w celu rekrutacji uczestników.

Dane osobowe osób zakwalifikowanych na egzamin dla cytodiagnostów są zbierane w celu:

* zorganizowania egzaminu oraz wystawienia certyfikatu,
* 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 egzaminów 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 egzaminie.

1. **INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI**

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