



.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA O PRZYSTĄPIENIU DO REKRUTACJI

Dane kandydata:

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Rok studiów:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Dane dotyczące rekrutacji:

- Wybór Kliniki/Oddziału, w której kandydat chce realizować wolontariat (proszę zaznaczyć właściwe pole)¹:
 - ☐ Instytut Chorób Serca
 - ☐ Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
 - ☐ Klinika Neurologii
 - ☐ Klinika Nefrologii, Medycyny Transplantacyjnej i Chorób Wewnętrznych
 - ☐ Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Rekrutacji** do Programu „Student Asystentem Lekarza” oraz akceptuję jego warunki.
- Zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w ramach Programu, w tym regulaminów i procedur Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.
- Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczenie kandydata:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z poniższymi informacjami dotyczącymi ochrony danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego do Programu „Student Asystentem Lekarza”.

Miejscowość, data:

Podpis kandydata:

¹ W przypadku chęci rekrutacji do więcej niż jednej Kliniki/Oddziału należy zaznaczyć kolejnymi cyframi właściwe wybory, zgodnie preferowaną kolejnością.

Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (RODO), przekazuje się następujące informacje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:
 - a. **Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu** z siedzibą przy ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław.
 - b. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, z siedzibą przy ul. Borowskiej 213, 50-556 Wrocław.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu „Student Asystentem Lekarza” oraz ewentualnej dalszej współpracy w ramach wolontariatu i zatrudnienia.
3. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi uczestnictwo w procesie rekrutacyjnym.
4. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów rekrutacyjnych oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. W przypadku naruszenia zasad ochrony danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.