Załącznik nr 1 do Regulaminu
Programu „Student Asystentem Medycznym”

………………………, ……………………….
(miejscowość, data)

# OŚWIADCZENIE KANDYDATAO PRZYSTĄPIENIU DO REKRUTACJI

**Dane kandydata:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

Numer albumu: …………………

Rok studiów: ……………………

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………..

**Dane dotyczące rekrutacji:**

1. Wybór Kliniki/Oddziału, w której kandydat chciałby realizować umowę

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

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Rekrutacji** do Programu „Student Asystentem Medycznym” oraz akceptuję jego warunki.
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w ramach Programu, w tym regulaminów i procedur Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Filii w Wałbrzychu oraz Specjalistycznego Szpitala im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.
3. 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 Medyczny”.

**Miejscowość, data:** ……………………………………….
**Podpis kandydata:** ……………………………………….

# 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:
	1. **Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu** z siedzibą przy ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław.
	2. Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu z siedzibą przy ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych .
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu „Student Asystentem Medycznym” oraz ewentualnej dalszej współpracy w ramach 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.