Załącznik nr 4. do Regulaminu Programu

„Student Asystentem Medycznym”

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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), oświadczam, że:

1. **Administratorami moich danych osobowych** są:
	1. **Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**, z siedzibą przy ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław;
	2. **Specjalistyczny Szpitala im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu**, z siedzibą przy ul. Borowskiej 213, 50-556 Wrocław.
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu „Student Asystentem Medycznym”, realizacji Programu oraz ewentualnego nawiązania współpracy w ramach zatrudnienia.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w procesie rekrutacyjnym. Brak ich podania uniemożliwi rozpatrzenie zgłoszenia.
4. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania Programu, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Posiadam prawo do:
	1. dostępu do moich danych osobowych oraz ich sprostowania;
	2. usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania w przypadkach określonych w przepisach prawa;
	3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych;
	4. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie (co nie wpływa na legalność przetwarzania danych przed cofnięciem zgody);
	5. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznam, że przetwarzanie moich danych narusza przepisy RODO.
6. Moje dane nie będą przekazywane do instytucji trzecich ani poddawane profilowaniu.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w rekrutacji do Programu „Student Asystentem Medycznym” i jego realizacji.

**Miejscowość, data**: ……………………………………….

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

**Podpis kandydata**: ………………………………………..