

.....
Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....
miejsowość, data

.....
☒ nr PESEL

.....
☒ numer paszportu / data wydania/organ wydający
(w odniesieniu do lekarza nie posiadającego nr PESEL)

Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez **Okręgową Radę Lekarską Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach**, przekazane mi zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, w związku ze złożonym wnioskiem:

- (W-1) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-1A) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2A) Wniosek o uznanie kwalifikacji formalnych, przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2B) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2C) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2D) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2E) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-2F) Wniosek o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.
- (W-3) Wniosek o przeniesienie i wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach..
- (W-6) Wniosek o wpisanie na listę członków oraz do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach oraz wydanie „prawa wykonywania zawodu lekarza” „prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

• Administrator danych osobowych (ADO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Świętokrzyska Izba Lekarska z siedzibą w Kielcach, którego reprezentuje Pani Dorota Szyska-Skrobot - Prezes Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach zwanym dalej „ADO”.

- **Dane kontaktowe administratora**

Z okręgową izbą lekarską można się skontaktować:

- pisemnie na adres *Świętokrzyska Izba Lekarska al. Ks. J. Popiełuszki 43; 25-155 Kielce*
- telefonicznie pod numerem: 41 3621381
- pod adresem e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl,
- osobiście.

- **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

Bezpośredni kontakt z inspektorem: Mariusz Łaba – radca prawny, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w możliwy jest pod numerem tel. nr. (41) 362-13-81 lub adres e-mail: mLaba@sil.apsnet.pl

- **Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia przez właściwą okręgową izbę lekarską ciężących na niej obowiązków oraz realizacji zadań, wynikających z przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.) (art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia 2016/679).

- **Kategoria odbiorców danych osobowych**

Odbiorcami danych mogą być:

- Naczelna Izba Lekarska lub inne okręgowe izby lekarskie - w związku z realizacją przez nie zadań wynikających z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentystry – w związku z wykonywanymi przez te podmioty zadaniami na podstawie odrębnych przepisów ustawowych;
- inne podmioty wymienione w art. 52 ust.1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, w zakresie lub celu wskazanych w tych przepisach.
- Naczelna Rada Lekarska, która udostępnia informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy, o których mowa w art. 49 okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystry ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31-34 i 42-44, w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).

- **Okres przechowywania danych osobowych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry i bycia członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej. Natomiast dane osobowe wskazane w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich będą przechowywane przez czas nieokreślony (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

- **Przysługujące prawa**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo żądania ich sprostowania (poprawiania, uzupełniania) oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania lub usunięcia. Sprostowaniu podlega treść, która zawiera błędne dane, a usunięciu podlega treść, która została wprowadzona bez podstawy faktycznej (tj. wobec braku odpowiedniego dokumentu, odpowiedniej uchwały, orzeczenia albo postanowienia). Prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia nie obejmuje danych osobowych wskazanych w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

- **Prawo do sprzeciwu**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia 2016/679.

- **Informacja o wymogu lub dobrowolności podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a zobowiązanie do podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

podpis lekarza/lekarza dentystry