FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W EGZAMINIE CENTRALNYM   
DLA **POŁOŻNYCH** REALIZUJĄCYCH PROGRAM   
**PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**

**Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres:** [**cokszkolenia@**](mailto:cokszkolenia@)**pib-nio.pl**

1. Imię i nazwisko:

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

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

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

2 Adres zamieszkania:

*Kod*

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

*Miejscowo*ść

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

*Ulica, numer domu, numer mieszkania*

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

*Województwo*

4.Adres e-mail:

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

3.Kontakt telefoniczny:

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

4.Nazwa i adres miejsca pracy:

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

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

5. Numer prawa wykonywania zawodu:

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

6.Staż pracy:………………………………………………………………………………………………

Czy była Pani uczestnikiem wcześniejszych edycji KURSU ***DOKSZTAŁCAJĄCEGO W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI POBIERANIA ROZMAZÓW CYTOLOGICZNYCH DLA POTRZEB PROGRAMU* ? TAK/NIE**

**Jeśli TAK, to proszę podać rok i miejsce przeprowadzonego KURSU……………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**Prosimy o wypełnienie zgłoszenia drukowanymi literami**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1), zwanego dalej RODO.

1. **DANE ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH**

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

1. **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

Z Inspektorem Ochrony Danych może się Pani/Pan skontaktować pisemnie na adres e-mail   
iod@pib-nio.pl lub adres siedziby administratora.

1. **CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Pani/Pana dane osobowe zbierane są w celu :

* rekrutacji uczestników,
* zorganizowania egzaminu centralnego oraz wystawienia i przesłania na podany adres zaświadczenia   
  o zdanym egzaminie centralnym,
* przeprowadzenia badań ewaluacyjnych.

1. **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA**

Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1. lit a) RODO   
w związku z wyrażoną przez Panią/Pana zgodą na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych   
w jednym lub większej liczbie określonych celów.

1. **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu zrealizowania szkoleń i dokonania ich ewaluacji (nie dłużej niż 36 miesięcy) lub do odwołania zgody na przetwarzanie.

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 • do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem • wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan,   
iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

1. **INFORMACJA O DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w szkoleniu.

1. **INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI**

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z egzaminem centralnym dla położnych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy.**

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badań ewaluacyjnych w związku z w/w szkoleniem.**

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)