**ZGŁOSZENIE   
do wykonywania świadczeń wolontarystycznych**

**1. Dane:**

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

Data urodzenia: PESEL: ………………………………………………

Adres zamieszkania: …………..

tel e-mail……………………………………………

**2. Komórka organizacyjna:**

………………………………………………………………………………………………………

Proponowany okres odbywania świadczeń wolontarystycznych: ...………………………………

Dzień tygodnia ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...).

Dzień tygodnia ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...).

Dzień tygodnia ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...).

Dzień tygodnia ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...).

Dzień tygodnia ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...).

**3. Preferencje:**

Główne cele wolontariatu ………….……………………….....................................................

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

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

…………………………………………………………………………………………………

**4. Oświadczenia kandydata:**

Zobowiązuję się względem Biura Rzecznika Praw Pacjenta do:

1. przestrzegania ustalonego przez zakład pracy porządku i dyscypliny pracy;
2. przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami   
   i politykami wewnętrznymi administratora;
3. przestrzegania zasad bhp i p.poż;
4. zachowania poufności danych, do których w trakcie wolontariatu uzyskam dostęp;
5. pokrycia we własnym zakresie kosztów zakwaterowania i wyżywienia oraz wszelkich innych kosztów związanych z wykonywaniem świadczeń wolontarystycznych   
   (udział w wykonywaniu świadczeń wolontarystycznych nie spowoduje z mojej strony roszczeń   
   o wynagrodzenie lub zwrot innych kosztów związanych bezpośrednio z wolontariatem).

Oświadczam, że\*:

* jestem osobą ubezpieczoną, w tym od następstw nieszczęśliwych wypadków.
* jestem osobą, która nie posiada ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków.

\*zaznacz właściwe

| PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH  WOLONTARIAT | |
| --- | --- |
| TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA | Administratorem danych jest Rzecznik Praw Pacjenta z siedzibą w Warszawie (01-231), przy ul. Płocka 11/13. |
| DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA | Z administratorem danych można skontaktować się poprzez adres e-mail: [kancelaria@rpp.gov.pl](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl), formularz kontaktowy <https://www.rpp.gov.pl/obsluga-biuletynu/dane-kontaktowe/>, za pośrednictwem platforny ePUAP: /RzPP/skrytka lub pisemnie na adres siedziby administratora. |
| DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH | Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail [iodo@rpp.gov.pl](mailto:iodo@rpp.gov.pl), za pośrednictwem platformy ePUAP: /RzPP/skrytka oraz pisemnie na wskazany powyżej adres administratora.  Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. |
| CELE PRZETWARZANIA | Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia zgłoszenia do wykonywania świadczeń woluntarystycznych oraz organizacji tych świadczeń w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. |
| PODSTAWA PRAWNA | Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1  lit. b oraz c RODO[[1]](#footnote-1) w związku z podjęciem przez Rzecznika Praw Pacjenta, na Państwa wniosek, działań przed zawarciem oraz w trakcie obowiązywania porozumienia o świadczenie usług woluntarystycznych, a także w związku  z realizacją przez Rzecznika Praw Pacjenta obowiązku ustawowego. |
| OKRES, PRZEZ KTÓRY DANE BĘDĄ PRZECHOWYWANE | Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującym w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta jednolitym rzeczowym wykazem akt, tj.:  - w przypadku osób, których zgłoszenie nie zostało rozpatrzone pozytywnie – dane osobowe będą usuwane w terminie 1 miesiąca od dnia powiadomienia Państwa o stanowisku Rzecznika Praw Pacjenta,  - w przypadku osób świadczących usługi woluntarystyczne – dane osobowe będą przetwarzane do ustania celu przetwarzania, nie dłużej niż okres wynikający z przyjętych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta okresów archiwizacji dokumentacji. |
| PRAWA PODMIOTÓW DANYCH | Przysługuje Państwu prawo:   1. na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych  i uzyskania ich kopii; 2. na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych; 3. na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych (prawo to nie przysługuje w przypadku, gdy przetwarzanie danych następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej); 4. na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych 5. na podstawie art. 20 – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO. |
| PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO | Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Państwa zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.  W Polsce organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa. |
| INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH ORAZ O EWENTUALNYCH KONSEKWENCJACH NIEPODANIA DANYCH | Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie uniemożliwi świadczenie usług woluntarystycznych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. |
| ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH | Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty świadczące na rzecz administratora usługi w zakresie utrzymania i rozwoju systemów teleinformatycznych, hostingowe, obsługi prawnej oraz pocztowe. |
| TRANSFER DANYCH DO PAŃSTW TRZECICH | Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego. |
| ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI | Nie będą podejmowane wobec Państwa decyzje w sposób zautomatyzowany. |

…………………, dnia…………………. ………………………………...

(podpis kandydata)

**5. Opinia dyrektora departamentu, do którego jest zgłoszenie:**

……………………………………………………………………………………………………………

Proponowany opiekun ………………………………………………………………….…….

……………………, dnia…………………. ………………………………...

Podpis i pieczęć dyrektora departamentu

**6. Decyzja Dyrektora Generalnego:**

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

……………………, dnia………………….

………………………………………...  
 Podpis i pieczęć Dyrektora Generalnego

1. Rozporządzenie 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). [↑](#footnote-ref-1)