Załącznik nr 1

**Wniosek o uznanie przez Ministra Zdrowia czasu wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z odbyciem stażu podyplomowego (dot. lekarza/lekarza dentysty wykonującego zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu na określony zakres, czas i miejsce oraz warunkowego prawa wykonywania zawodu)[[1]](#footnote-1)**

**Dane Wnioskodawcy:**

Płeć: kobieta/mężczyzna (zaznacz właściwe)

|  |
| --- |
| Imię: |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Adres zamieszkania: |
| Adres do korespondencji: |
| Numer telefonu: |
| Adres e-mail: |
| Numer PWZ/ numer odpowiadający cechom przypisanym do numeru PWZ: |

**Dane Pełnomocnika (wypełnij tylko jeżeli został ustanowiony):**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji: |
| Numer telefonu: |
| Adres e-mail: |

**Dane podmiotu leczniczego 1:**

|  |
| --- |
| Nazwa: |
| Adres: |
| Numer NIP: |
| Numer REGON: |
| Okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w ww. podmiocie leczniczym: |
| Wymiar czasu pracy (wysokość etatu): |

**Ewentualnie dane podmiotu leczniczego 2:**

|  |
| --- |
| Nazwa: |
| Adres: |
| Numer NIP: |
| Numer REGON: |
| Okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w ww. podmiocie leczniczym: |
| Wymiar czasu pracy (wysokość etatu): |

**Ewentualnie dane podmiotu leczniczego 3:**

|  |
| --- |
| Nazwa: |
| Adres: |
| Numer NIP: |
| Numer REGON: |
| Okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w ww. podmiocie leczniczym: |
| Wymiar czasu pracy (wysokość etatu): |

**Oświadczam, że wszystkie dane przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z realizacją wymogów art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej: „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych i prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15. Z Administratorem można kontaktować się listownie, za pomocą e-mail: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl) lub za pośrednictwem platformy e-PUAP (adres skrytki: /8tk37sxx6h/SkrytkaESP).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: [iod@mz.gov.pl](mailto:iod@mz.gov.pl), za pośrednictwem platformy e-PUAP lub listownie na adres siedziby. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe zawarte we Wniosku przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z udzieloną zgodą.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia tych danych podmiotom leczniczym oferującym zatrudnienie lekarzom/lekarzom dentystom, a tym samym uzyskania pomocy w zatrudnieniu w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ”.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom leczniczym, które poszukują i oferują zatrudnienie lekarzom/lekarzom dentystom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na postawie zawartej umowy.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzanie w sposób zautomatyzowany w systemie Elektroniczne Zarządzanie Dokumentacją (EZD) oraz gabinet.gov.pl, ale nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia instrukcją kancelaryjną.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
9. Posiada Pani/Pan prawo do:
10. dostępu do danych osobowych;
11. sprostowania danych osobowych;
12. ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
13. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
14. usunięcia danych osobowych;
15. cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
16. W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa, posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
17. Podanie danych osobowych jest całkowicie dobrowolne ale niezbędne do realizacji celu przetwarzania określonego w pkt 4.

1. Art. 7 ust. 1d ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287) [↑](#footnote-ref-1)