



**STUDIA PODYPLOMOWE  
W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM  
W WARSZAWIE**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

1. **Nazwisko:** .....
  2. **Imiona:** .....
  3. **Nazwisko rodowe:** .....
  4. **Data i miejsce urodzenia:** *dzień* ..... *miesiąc* ..... *rok* ..... w  
.....  
*woj.* ..... *kraj* .....
  5. **Imiona rodziców:** .....
  6. **Wykształcenie** (Uczelnia, Wydział, rok ukończenia):  
.....  
.....
  7. **Adres stałego zameldowania:** *miejsowość* (z kodem pocztowym) .....  
..... *ulica* .....  
..... *nr domu* ..... *nr mieszkania* .....  
*nr telefonu* (kontaktowego) ..... *adres e-mail* .....
  8. **Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż zameldowania**  
.....  
.....
  9. **Obywatelstwo:**  
.....
- PESEL:** ..... , *dnia*.....

(podpis kandydata – imię i nazwisko)

....., *dnia* .....  
(miejsowość)

## **OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach:

- 1) rekrutacji i uczestnictwa w Studiach Podyplomowych prowadzonych przez Wojskowy Instytut Medyczny, zgodnie art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.

TAK  NIE

- 2) marketingu bezpośredniego administratora danych.

TAK  NIE

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem. Złożenie podpisu jest równoznaczne z wyrażeniem zgody, o której mowa powyżej.

.....  
(podpis kandydata – imię i nazwisko)

### **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych kandydata**

Osoba składająca powyższe oświadczenie oświadcza, że została poinformowana, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szaserów 128, reprezentowanym przez Dyrektora Wojskowego Instytut Medycznego;
- 2) podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 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, zwanego dalej „Rozporządzeniem”;
- 3) kontakt z osobą realizującą w Wojskowym Instytucie Medycznym zadania inspektora ochrony danych jest możliwy poprzez adres poczty elektronicznej: [ochrona.danych@wim.mil.pl](mailto:ochrona.danych@wim.mil.pl) lub pisemnie na adres administratora danych z dopiskiem „inspektor ochrony danych”;
- 4) dane osobowe zbierane są w celach wskazanych w oświadczeniu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia; dane osobowe będą udostępniane Departamentowi Wojskowej Służby Zdrowia MON\*.

\* Wpis dotyczy jedynie studiów podyplomowych realizowanych na zlecenie MON

- 6) dane osobowe będą przechowywane:
  - a) dla celu rekrutacji i uczestnictwa w Studiach Podyplomowych prowadzonych przez Wojskowy Instytut Medyczny – bezterminowo,
  - b) w celu marketingu bezpośredniego administratora danych – do czasu odwołania zgody;
- 7) przysługuje jej prawo:
  - c) żądania dostępu do treści swoich danych,
  - d) sprostowania danych,
  - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingu bezpośredniego;
- 8) przysługuje jej prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych narusza przepisy Rozporządzenia.
- 9) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak w celu udziału w postępowaniu rekrutacyjnym i uczestnictwa w Studia Podyplomowych jest warunkiem koniecznym.