(miejscowość), dnia ……………………

Ministerstwo Zdrowia
Departament

Zdrowia Publicznego
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

**Zgłoszenie kandydata na członka Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej**

Dane podmiotu zgłaszającego kandydata

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa  |  |
| Podmiot zgłaszający | [ ]  stowarzyszenie będące, zgodnie z postanowieniem statutu, towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym, zrzeszającym specjalistów w dziedzinie geriatrii lub medycyny rodzinnej[ ]  organizacja zrzeszająca pacjentów, do której zadań statutowych należą sprawy dotyczące opieki nad osobami starszymi |
| Forma prawna |  |
| Nazwa rejestru i numer |  |
| Siedziba organizacji |  |
| Nr telefonu do kontaktu |  |
| Adres mailowy do kontaktu |  |

W związku z ogłoszeniem o naborze, zgłaszam Pana / Panią ……………………………………………… (imię i nazwisko) jako kandydata na członka Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej, stanowiącej organ opiniodawczo-doradczy ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej ( Dz.U. 2023 poz. 1831).

Do niniejszego wniosku załączam kwestionariusz osobowy ww. kandydata.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis)[[1]](#footnote-1)

Krajowa Rada do spraw Opieki Geriatrycznej

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

DLA MINISTERSTWA ZDROWIA

**DANE OSOBOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona: |  |
| Nazwisko: |  |

**DANE DO KONTAKTU \***

|  |  |
| --- | --- |
| Adres poczty elektronicznej: |  |
| Nr telefonu: |  |

\*W przypadku zmiany danych do kontaktu zobowiązuję się bezzwłocznie o tym fakcie poinformować oraz podać nowe, aktualne dane.

**REPREZENTOWANY PODMIOT** [[2]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa : |  |
| Miejscowość: |  |
| Funkcja Kandydatki/ta w reprezentowanym podmiocie: |  |

**WYKSZTAŁCENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie:  |  |
| Tytuł/stopień naukowy:  |  |
| Nazwa ukończonej szkoły/uczelni: |  |
| Wydział: |  |
| Specjalność: |  |

**Informacja na temat wiedzy, kwalifikacji, doświadczenia lub dorobku naukowego uzasadniająca zgłoszenie danej osoby jako przedstawiciela do składu Rady** (w razie potrzeby tabelę należy rozszerzyć)

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIA**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że:

* wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej, powołanej ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece (Dz.U. 2023 poz.1831) oraz, w przypadku wyboru mojej osoby, udział w pracach Krajowej Rady,
* posiadam obywatelstwo polskie,
* korzystam z pełni praw publicznych,
* nie byłam/em skazana/ny prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
* podane w kwestionariuszu dane są zgodne z prawdą,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) danych osobowych dla potrzeb naboru,
* oświadczam, że zostałam/em się z klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem przez MZ danych osobowych (w zał.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data |  | Czytelny podpis[[3]](#footnote-3) |

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla kandydatów na członków**

**Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej**

|  |
| --- |
| Na podstawie z art. 13 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 osobowych) (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), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że: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 lub za pośrednictwem platformy e-PUAP (adres skrytki): /8tk37sxx6h/SkrytkaESP.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować poprzez e-mail: 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. Przetwarzane Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem. Spełniony jest bowiem warunek określony w art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1831), tj. powołania członków Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia naboru na członka Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie 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), ale nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane 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:
* dostępu do swoich danych osobowych;
* do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
* ograniczenia przetwarzania;
* wniesienia sprzeciwu.
1. 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).
2. Podanie przez Panią/Pana dany osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia naboru na członka Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej.
 |

1. podpis osoby reprezentującej organizację lub osoby upoważnionej do reprezentacji organizacji [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku zatrudnienia w więcej niż jednym miejscu, należy podać główne miejsce pracy, a pozostałe informacje załączyć na dodatkowej karcie. [↑](#footnote-ref-2)
3. podpis kandydata [↑](#footnote-ref-3)