

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DO ZAWARCIA UMOWY*:

- zlecenie o dzieło o pełnienie dyżurów o szkolenie specjalizacyjne
 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie wolontariatu

FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE (NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI):

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Nazwisko rodowe (*dotyczy również mężczyzn*)
3. Imiona rodziców.....
4. Data urodzenia PESEL
5. Obywatelstwo.....
6. Dowód osobisty – seria i nr, wydany w dniu
przez
lub inny dowód tożsamości
7. Adres zamieszkania / adres do korespondencji:
Województwo
Powiat
Gmina
Miejscowość
Ulica
Poczta (KOD Pocztowy)
8. Urząd Skarbowy.....
9. Wykształcenie i kwalifikacje*:
Zawód / Tytuł zawodowy
Stopień naukowy / Tytuł naukowy
Nazwa i stopień specjalizacji
Nr Prawa Wykonywania Zawodu, wydanego przez
Nr dyplomu Rok uzyskania dyplomu lub:
data rozpoczęcia nauki - w przypadku jej trwania
Nazwa szkoły.....
Wykształcenie uzupełniające / uprawnienia dodatkowe, mające zastosowanie na stanowisku, którego dotyczy umowa (*kursy, studia podyplomowe, prawo jazdy, itp.*)
.....
.....
10. **Oświadczam, że***:
 posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy na stanowisku, którego dotyczy umowa
 posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych
 posiadam aktualne ubezpieczenie OC/NNW
 informacje podane do niniejszego formularza są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń

Bydgoszcz, dnia

.....
(podpis osoby wypełniającej kwestionariusz)

*właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA:**„Zgodnie z art. 13. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informuję iż:**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizuela z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz; nr telefonu: 52 3655799 zwany dalej administratorem, administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

- e-mail: inspektor.od@biziel.pl
- adres korespondencyjny: Inspektor Ochrony Danych, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz,

3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji praw i egzekwowania obowiązków wynikających z Umowy oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.”

4. Posiada Pan/Pani prawo, na zasadach określonych w RODO, do:

- a) żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych,
- b) żądania ich sprostowania;
- c) żądania ich usunięcia,
- d) żądania ograniczenia ich przetwarzania
- e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- f) przenoszenia danych,
- g) wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

5. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem niezbędnym do zawarcia i realizacji umowy; w przypadku niepodania danych umowa nie zostanie zawarta.

6. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

7. Pełna treść klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie www.biziel.umk.pl w zakładce:

- „Nauka” - dla osób zawierających umowy o: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w formie wolontariatu/ pełnienie dyżurów/ szkolenie specjalizacyjne
- „Szpital → inne jednostki → Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi” - dla osób zawierających umowy zlecenie lub umowy o dzieło

Bydgoszcz, dnia

.....
(podpis osoby wypełniającej kwestionariusz)