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

*Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty miejscowość, data*

*…………………………………………………………………*

*nr PESEL*

*…………………………………………………………………*

*numer paszportu / data wydania/organ wydający*

*(w odniesieniu do lekarza nie posiadającego nr PESEL)*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**Oświadczenie**

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze, przekazane mi zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, w związku ze złożonym wnioskiem:[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **(W-1)** Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego ,wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze  |
|  | **(W-1A)** Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze  |
|  | **(W-2)** Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze |
|  | **(W-2A)** Wniosek o uznanie kwalifikacji formalnych, przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze  |
|  | **(W-2B)** Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze |
|  | **(W-2C)** Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze |
|  | **(W-2D)** Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze**(W-2E)** Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze**(W-2F)** Wniosek o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze |
|  | **(W-3)** Wniosek o przeniesienie i wpisanie na listę członków oraz wpis do Okręgowego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze |
|  | **(W-6)** Wniosek o wpisanie na listę członków oraz do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze oraz wydanie „prawa wykonywania zawodu lekarza” „prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”  |

1. **Administrator danych osobowych (ADO)**
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze.
2. **Dane kontaktowe administratora**

Z Okręgową Izbą Lekarską w Zielonej Górze można się skontaktować:

* + pisemnie na adres: ul. Batorego 71 , 65-735 Zielona Góra
	+ telefonicznie pod numerem: (68) 320 79 00
	+ poprzez adres e-mail: hipokrates@oil-zgora.org
	+ osobiście.
1. **Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych**

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze wyznaczyła Inspektora Ochrony danych. Jest to osoba, z którą może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Bezpośredni kontakt z inspektorem poprzez adres e-mail: iod@oil-zgora.org

1. **Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze ciążących na niej obowiązków oraz realizacji zadań, wynikających z przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.) (art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia 2016/679).

1. **Kategoria odbiorców danych osobowych**

Odbiorcami danych mogą być:

* Naczelna Izba Lekarska lub inne okręgowe izby lekarskie - w związku z realizacją przez nie zadań wynikających z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
* podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty – w związku z wykonywanymi przez te podmioty zadaniami na podstawie odrębnych przepisów ustawowych;
* inne podmioty wymienione w art. 52 ust.1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, w zakresie lub celu wskazanych w tych przepisach;
* Naczelna Rada Lekarska, która udostępnia informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy, o których mowa w art. 49 okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31-34 i 42-44, w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933);
* podmioty przetwarzające działające na udokumentowane polecenie ADO.
1. **Przekazywanie danych poza obszar EOG**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

1. **Okres przechowywania danych osobowych**

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty i bycia członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej, a następnie będą przechowywane zgodnie z Instrukcją kancelaryjną dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze (kat. archiwalna B-100) oraz ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo żądania ich sprostowania (poprawiania, uzupełniania) oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania lub usunięcia. Sprostowaniu podlega treść, która zawiera błędne dane, a usunięciu podlega treść, która została wprowadzona bez podstawy faktycznej (tj. wobec braku odpowiedniego dokumentu, odpowiedniej uchwały, orzeczenia albo postanowienia). Prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia nie obejmuje danych osobowych wskazanych w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

1. **Prawo wniesienia skargi**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia 2016/679.

1. **Informacja o wymogu lub dobrowolności podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a zobowiązanie do podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

1. **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (bez udziału człowieka) i nie będą podlegać profilowaniu.

----------------------------------------------------
 *podpis lekarza/lekarza dentysty*

1. *należy zaznaczyć właściwy rodzaj składanego wniosku*  [↑](#footnote-ref-1)