

Warszawa, dnia

Nazwisko i imię

PESEL

PWZ nr

skierowanie z.....
nazwa jednostki kierującej na staż/praktykę

.....
kontakt ze stażystą/praktykantem (tel. , e-mail)

Do Dyrektora Szpitala Dziecięcego
im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza
SPZOZ w Warszawie
ul. Niekańska 4/24

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego/praktyki w zakresie

.....,
do specjalizacji w dziedzinie /studiów na kierunku,

rok specjalizacji / studiów

Obowiązkowy wymiar stażu/praktyki tygodni,

przewidywany termin odbywania stażu/praktyki od dnia do dnia

Do wniosku załączam skierowanie z macierzystej jednostki oraz informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w ustawie z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2023r. poz. 1304 – art. 21 ust.2-8).

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w podaniu/skierowaniu/umowie/porozumieniu* o odbywanie stażu kierunkowego/cząstkowego/adaptacyjnego*, praktyk*, przez Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, adres ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa, w celu odbycia szkolenia do specjalizacji/w ramach stażu podyplomowego /adaptacyjnego/szkolenia praktycznego* .

.....
podpis stażysty/praktykanta

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

..... kieruję na oddział..... w terminie
podpis koordynatora staży/praktyk

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
podpis kierownika oddz. w Szpitalu ul. Niekańska 4/24

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/Pielęgniarstwa

*niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko

.....
Data, miejscowość

.....
Stanowisko

.....
Komórka organizacyjne Szpitala

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że: * nie zamieszkiwałam/em * zamieszkiwałam/em w następujących państwach

.....
w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem:

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
własnoręczny podpis

*niepotrzebne skreślić

Jeżeli kandydat do pracy/ stażysta zamieszkiwał w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2022r. poz. 2600) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Podstawa prawna : Ustawa z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2023r. poz. 1304), zmieniona ustawą z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1606)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
zamieszkały/a
legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr
wydanym przez
numer PESEL

oświadczam:

- 1) iż prawo w państwie obywatelstwa (wpisać nazwę państwa, państw) nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego,
- 2) iż prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am (wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

Oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz, że nie wydano wobec mnie innego orzeczenia , w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Warszawa, dnia

.....

własnoręczny podpis

Upoważnienie do przetwarzania danych

....., Warszawa

UPOWAŻNIENIE nr do przetwarzania danych osobowych w **Szpitalu Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie**

TREŚĆ UPOWAŻNIENIA

Działając na podstawie Polityki ochrony danych osobowych, w celu zapewnienia realizacji postanowień 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 „RODO”, **administrator upoważnia:**

imię: _____

nazwisko: _____

stanowisko: _____

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO jest Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie lub które zostały powierzone Szpitalowi Dziecięcemu im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie do przetwarzania.

Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w postaci papierowej oraz w ramach nadanych dostępów do systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych w zakresie zgodnym z zakresem powierzonych czynności.

Upoważnienie traci ważność z chwilą wydania nowego upoważnienia lub ustania stosunku umownego wiążącego upoważnionego ze Szpitalem Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie.

Data, podpis i pieczęć Dyrektora Szpitala

Potwierdzam otrzymanie niniejszego upoważnienia.

Data i podpis osoby upoważnionej

imię:

nazwisko:

stanowisko:

komórka organizacyjna:

OŚWIADCZENIE o zachowaniu informacji, w tym danych osobowych w poufności w Szpitalu Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie (dalej „Szpital”)

TREŚĆ OŚWIADCZENIA

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych Szpitala obowiązujących w obszarze bezpieczeństwa informacji, w tym przetwarzania danych osobowych, a w szczególności Polityki Bezpieczeństwa Informacji oraz Polityki ochrony danych osobowych „w pigułce”.
- Zostałem poinformowany o obowiązkach spoczywających na personelu Szpitala uczestniczącym w operacjach przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, podczas uczestnictwa w szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych, (szkolenie online).
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych informacji, w tym danych osobowych, poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
- Zachowam w tajemnicy informacje, w tym dane osobowe, oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy ze Szpitalem, jak i po jej zakończeniu.
- Będę wykonywać polecenia odpowiednio Inspektora Ochrony Danych lub Pełnomocnika Bezpieczeństwa Informacji oraz innych przedstawicieli Szpitala odpowiedzialnych za bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa informacji, w tym danych osobowych, i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
- W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do informacji, w tym danych osobowych, lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym Centralny Zespół ds. Reagowania na Incydenty (CZRI), adres e-mail: incydent@nieklanska.pl.
- Znane mi są zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące w Szpitalu. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
- Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami prawa przetwarzanie informacji, w tym danych osobowych, oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu, kodeksu pracy, kodeksu karnego lub kodeksu cywilnego.
- Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie.
- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą obowiązku informacyjnego wypełniającą postanowienia art. 13 RODO.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Potwierdzam odbiór 1 egz. niniejszego oświadczenia.

.....
data i podpis składającego oświadczenie

Klauzula informacyjna dla stażystów lub praktykantów

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. J. Bogdanowicza w Warszawie, ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa.**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@nieklanska.pl
3. Administrator będzie przetwarzał dane w celu przygotowania do wykonywania zawodu medycznego. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie przepisu prawa.
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, w tym podmiotowi kierującemu do odbycia stażu, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
5. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Przysługuje prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
7. Dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
8. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji praktyk przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego.
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.

OŚWIADCZENIE STUDENTA/PRAKTYKANTA/STAŻYSTY/ODBYWAJĄCEGO SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

W SPRAWIE BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI I CIĄGŁOŚĆ DZIAŁANIA

nazwisko i imię.....
Studenta/Praktykanta/Stażysty/Odbywającego szkolenie specjalizacyjne

1. W związku z realizacją Porozumienia nrw sprawie prowadzenia praktyk zawodowych/dydaktyki/szkolenia oświadczam iż przyjmuję zobowiązanie do zapewnienia bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w związku z realizacją Porozumienia, do ochrony pozostałych udostępnionych mi aktywów Szpitala/Zamawiającego, wspierających przetwarzanie tych informacji, w szczególności do zapewnienia ich poufności, integralności oraz dostępności, oraz do zapewnienia ciągłości realizacji usług świadczonych na rzecz Szpitala.

2. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu Porozumienia zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz do przestrzegania wymogów w zakresie bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania określonych w Polityce Bezpieczeństwa Informacji (BI-1-P) i Polityce Ciągłości Działania Szpitala (BI-6-P), dostępnych na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Bezpieczeństwo informacji”.

3. Zobowiązuję się w szczególności :

- a) stale troszczyć się o powierzone mi informacje i aktywa wspierające ich przetwarzanie oraz zachować szczególną ostrożność przy bieżącym korzystaniu z tych aktywów, w tym zadbać o zabezpieczenie ich przed utratą, kradzieżą, nieuprawnionym udostępnieniem, nieuprawnioną modyfikacją, uszkodzeniami mechanicznymi,
- b) korzystać z powierzonych mi informacji i aktywów wspierających ich przetwarzanie, wyłącznie do celów wynikających z zapisów zawartego Porozumienia,
- c) przesyłać informacje chronione z wykorzystaniem sieci Internet w formie zaszyfrowanej,
- d) nie powielać, w tym nie kopiować informacji chronionych, udostępnionych i opracowanych w trakcie Porozumienia w zakresie szerszym, niż jest to potrzebne do jej realizacji,
- e) informować Szpital o każdym podejrzeniu naruszeniu bezpieczeństwa informacji lub utraty ciągłości działania Szpitala uzupełniając i przysyłając do Szpitala formularz zgłoszenia naruszenia bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania na adres: incydent@nieklanska.pl. Formularz znajduje się na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Bezpieczeństwo informacji”.
- f) niezwłocznie po zakończeniu praktyk/zajęć/stażu/szkolenia, trwale usunąć lub zniszczyć informacje chronione przetwarzane w ramach realizacji praktyk///szkolenia, chyba że obowiązek ich dalszego przetwarzania wynika wprost z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Jednocześnie potwierdzam, że studenci/uczniowie/stażysty/szkolący się bezpośrednio realizujący przedmiot Porozumienia zostali zapoznani i zobowiązani do przestrzegania przedmiotowych wymogów w zakresie bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania.

.....
data i podpis składającego oświadczenie

RAMOWY PROGRAM SZKOLENIA I HIGIENY PRACY

L.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin
1	Istota bezpieczeństwa i higieny pracy	0.6
2	Zakres obowiązków i uprawnień pracodawcy, pracowników oraz poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu i organizacji społecznych w zakresie b.h.p.	
3	Odpowiedzialność za naruszenie przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy	
4	Zasady poruszenia się na terenie zakładu pracy	0.5
5	Zagrożenia wypadkowe i zagrożenia dla zdrowia występujące w zakładzie i podstawowe środki zapobiegawcze	
6	Zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z obsługą urządzeń technicznych oraz transportem wewnątrzzakładowym	0.4
7	Zasady przydziału odzieży roboczej i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej, w odniesieniu do stanowiska pracy instruowanego.	0.5
8	Porządek i czystość w miejscu pracy – ich wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo pracownika	
9	Profilaktyczna opieka lekarska – zasady jej sprawowania w odniesieniu do stanowiska instruowanego	
10	Podstawowe zasady ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania w razie pożaru	1
11	Postępowanie w razie wypadku, w tym organizacja i zasady udzielania pierwszej pomocy	
X	RAZEM	3

RAMOWY PROGRAM INSTRUKTAŻU STANOWISKOWEGO

L.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin	
		Instruktażu dla osób wymien. w §11 ust.1 (oprócz wymienionych w kolum. 4)	Instruktażu pracowników adm-biur. narażonych na czynniki uciążliwe
1	Przygotowanie pracownika do wykonywania określonej pracy, w tym w szczególności: A/ omówienie warunków pracy z uwzględnieniem: --- elementów pomieszczenia pracy, w którym ma pracować pracownik, mających wpływ na warunki pracy pracownika (np. oświetlenie, ogrzewanie, wentylacja urządzenia zabezpieczające, ostrzegawcze) --- elementów stanowiska roboczego mających wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy --- przebiegu procesu pracy na stanowisku pracy w nawiązaniu do procesu produkcyjnego (działalności) w całej komórce organizacyjnej i zakładzie pracy. B/ Omówienie zagrożeń występujących przy określonych czynnościach na stanowisku pracy, wyników oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą i sposobów ochrony przed zagrożeniami oraz zasad postępowania w razie wypadku lub awarii. C/ przygotowanie wyposażenia stanowiska roboczego do wykonywania określonego zadania	2	2
2	Pokaz przez instruktora sposobu wykonywania pracy na stanowisku pracy, zgodnie z przepisami i zasadami bhp, z uwzględnieniem metod bezpiecznego wykonywania poszczególnych czynności i ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynności trudne i niebezpieczne.	0.5	-----
3	Próbne wykonanie przez pracownika zadania pod kontrolą instruktora	0.5	-----
4	Samodzielna praca pracownika pod nadzorem instruktora	4	-----
5	Omówienie i ocena przebiegu wykonania pracy przez pracownika	1	-----
X	RAZEM	minimum 8	minimum 2