

PRZEBIEG ZATRUDNIENIA: (proszę wypełniać czytelnie)

LP.	OKRES ZATRUDNIENIA	MIEJSCE ZATRUDNIENIA: podmiot zatrudniający/placówka/oddział

Oświadczam, że:

1. Znam regulamin przyznawania skierowania na turnus rehabilitacyjno-leczniczy
2. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty na konto OIPiP w Radomiu:
PKO S.A. nr konta **45 1240 3259 1111 0011 0504 4607**
w tytule przelewu: imię, nazwisko - dopłata do turnusu rehabilitacyjno-leczniczego ww terminie.....
3. W przypadku rezygnacji z turnusu (po kwalifikacji) zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez OIPiP w Radomiu.
4. Zostałam poinformowana o konieczności rozliczenia kwoty dofinansowania w rocznym rozliczeniu podatkowym – PIT.

Czy korzystał/-a Pan/Pani z turnusu OIPiP? TAK/NIE Kiedy ostatni raz (rok).....

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) , informuję, że:
 -Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego15, 26-600 Radom;
 -Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15,26-600 Radom email:orpip@orpip.radom.pl lub listownie na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom;
 -Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U.2011 nr 174 poz.1039, ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit.c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
 -Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do wykonania zadań ADO w związku z realizacją ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz okres wymagany przez przepisy prawa;
 -Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu;
 -Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z ADO w celu realizacji zadań wynikających z przepisów prawa;
 -Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
 -Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych na potrzeby Komisji Kwalifikacyjnej

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Kwalifikacyjnej:

1.Wniosek został zaopiniowany: POZYTYWNE NEGATYWNE
data

KWOTA DOFINANSOWANIA:.....

1).....2).....3).....4).....

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ