**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na warunkowe wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w dowolnym podmiocie leczniczym**

**(dotyczy pielęgniarek/położnych, które nie posiadają doświadczenia zawodowego)**

Wnioskuję o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu *(zaznacz właściwe)*:

 pielęgniarki  położnej

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna *(zaznacz właściwe)*

|  |
| --- |
| Imię (Imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail:  |

Uzyskane kwalifikacje:

|  |
| --- |
| Nazwa ukończonej szkoły:  |
| Uzyskany tytuł zawodowy i dokument potwierdzający ukończenie szkoły (data i miejsce wydania dokumentu): |
| Okres kształcenia w szkole: |
| Nazwy(a) województw(a) na terenie których(ego) planuję pracować zgodnie z treścią wniosku [[2]](#footnote-2) (lista województw poniżej): |
| Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od…do…): |

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załączone dokumenty są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.

Data i podpis………………………………………………

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952) przy ul. Miodowej 15, moich danych osobowych zawartych we Wniosku w celu udostępnienia tych danych podmiotom leczniczym oferującym zatrudnienie pielęgniarkom/położnym, a tym samym uzyskania pomocy w zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Data i podpis………………………………………………

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z realizacją wymogów art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (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) (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), dalej: „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych i prawach z tym związanych.

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 się 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. Pani/Pana dane osobowe zawarte we Wniosku przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z udzieloną zgodą.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia tych danych podmiotom leczniczym oferującym zatrudnienie pielęgniarkom/położnym, a tym samym uzyskania pomocy w zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ”.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom leczniczym, które poszukują i oferują zatrudnienie pielęgniarkom/położnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzanie w sposób zautomatyzowany w systemie Elektroniczne Zarządzanie Dokumentacją (EZD) oraz gabinet.gov.pl, ale nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą 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 do:
10. dostępu do danych osobowych;
11. sprostowania danych osobowych;
12. ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
13. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
14. usunięcia danych osobowych;
15. cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
16. 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).
17. Podanie danych osobowych jest całkowicie dobrowolne ale niezbędne do realizacji celu przetwarzania określonego w pkt 4.
1. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-1)
2. **Lista województw:** dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodnio-pomorskie. [↑](#footnote-ref-2)