

**WNIOSEK DO WOJEWODY LUBELSKIEGO
O WYDANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO RATOWNIKA MEDYCZNEGO**

Wypełnia wnioskodawca (czytelnie drukowanymi literami)

Imię (imiona) i nazwisko										
Data i miejsce urodzenia										
PESEL (a w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania)										
Adres zamieszkania										
Miejscowość (kod pocztowy)										
Ulica										
Nr budynku i mieszkania										
Adres do korespondencji (w przypadku odbioru osobistego przekreślić z adnotacją „odbiór osobisty”)										
Miejscowość										
Ulica										
Nr budynku i mieszkania										
Nr telefonu oraz adres e-mail (jeśli posiada)										
Rodzaj i nazwa ukończonej szkoły										
Ukończony kierunek, nazwa tytułu na dyplomie oraz data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje										
Data uzyskania pierwszego dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego										
Data rozpoczęcia aktualnego okresu edukacyjnego										
Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017, poz. 2195 z późn. zm.) posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego										
.....										
(data i podpis wnioskującego)										
Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).										
.....										
(data i podpis wnioskującego)										

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pańskich danych osobowych będzie **Wojewoda Lubelski**.

Siedzibą Wojewody Lubelskiego jest **Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie, ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin**.

Może Pani/Pan kontaktować się z nami w sprawie swoich danych osobowych:

- » listownie: ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin
- » telefonicznie: 81 74 24 111
- » oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@lublin.uw.gov.pl

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji procesu wydawania kart doskonalenia zawodowego dla ratowników medycznych, **na podstawie** art. 12d ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.)

Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane tylko osobom upoważnionym w celu realizacji procesu wydawania kart doskonalenia zawodowego dla ratowników. W wyjątkowych, uzasadnionych sytuacjach Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do wydania karty doskonalenia zawodowego oraz przez okres zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy.

Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, a także usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jeśli jest to zgodne z przepisami prawa.

Ma Pani/Pan również prawo do wniesienia **skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, gdy Pani/Pan uzna, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest **konieczne do wydania karty doskonalenia zawodowego**. Jeśli nie poda Pani/Pan swoich danych osobowych wniosek o wydanie karty nie będzie rozpatrywany.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podjęcia/podejmowania decyzji, w tym nie będą profilowane.

.....
Data i podpis wnioskodawcy