|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK**  **o refundację doskonalenia zawodowego** | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **NUMER PWZ** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | **Telefon :** |
| **adres e-mail:** |
| **OPIS SPECJALIZACJI**  **\*w przypadku, gdy składającą/ym wniosek jest lekarz/lekarz dentysta, który nie rozpoczął specjalizacji – pole „opis specjalizacji” należy przekreślić oraz uzupełnić pole poniżej** | **Dziedzina specjalizacji (w trakcie szkolenia/tytuł specjalisty):** |
|  |
| **Główne miejsce pracy:**  placówka prywatna  placówka publiczna  ambulatorium  szpital |
|  | Oświadczam, że chociaż raz dopełniłam/łem obowiązku doskonalenia zawodowego  Tak  Nie |
|  | Oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, który jest lekarzem w trakcie pierwszych 4 lat pracy i jestem w trakcie specjalizacji  Tak  Nie |
|  | Oświadczam, że nie korzystałam/em z innej formy pomocy finansowej celem sfinansowania, dofinansowania lub refundacji formy doskonalenia zawodowego, o której refundację ubiegam się niniejszym Wnioskiem.  Tak  Nie |
|  | Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku dopełniłam/em obowiązku aktualizacji danych w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów.  Tak  Nie |
|  | Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku nie posiadam zaległości składkowych.  Tak  Nie |
|  | Ponadto, oświadczam, że:   * nie jestem ukarana/y prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich; * moje prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty nie zostało zawieszone na mocy właściwej rady lekarskiej, właściwa rada lekarska nie orzekła wobec mnie zakazu wykonywania określonych czynności medycznych; * sąd powszechny nie orzekł wobec mnie środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentysty, a także nie zastosowano wobec mnie środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentysty; w dacie składania wniosku nie posiadam zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego.   **Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za przedstawienie nieprawdziwych informacji.**  Tak  Nie |
| **OPIS SZKOLENIA** | **Całkowita wnioskowana kwota refundacji BRUTTO:** |
|  |
| **Tytuł podręcznika lub formy doskonalenia zawodowego:** |
|  |
| **Miejsce szkolenia, jeśli dotyczy:** |
|  |
| **Okres szkolenia, jeśli dotyczy:** |
|  |
| **UZASADNIENIE \***  **(\*uzasadnienie wniosku jest fakultatywne)** | |
|  | |
| **ZAŁĄCZNIKI:**   1. faktury imienne wystawione tytułem danej formy doskonalenia zawodowego; 2. certyfikat lub inny dokument potwierdzający realizację danej formy doskonalenia zawodowego.**\***   ***\*****nie dotyczy podręczników lub innych materiałów związanych z realizacją prawa i obowiązku doskonalenia zawodowego.* | |
|  |
| (*miejscowość, data, czytelny podpis*) |

**Oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.UE.L.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie moich danych osobowych w podanym we wniosku zakresie niezbędnych do: przeprowadzenia postępowania o przyznanie refundacji doskonalenia zawodowego, wypłaty i rozliczenia refundacji oraz informowania o działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w zakresie przyznawania refundacji.

..............................................................

(data, podpis wnioskodawcy)

**Obowiązek Informacyjny Administratora Danych**

Zgodnie z 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa.

Podstawa prawna i cel przetwarzania danych osobowych

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania o przyznanie refundacji doskonalenia zawodowego, wypłaty i rozliczenia refundacji, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO a w przypadku jej przyznania, również w celach finansowo – księgowych na podstawie art.6 ust 1 lit c RODO. Podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, stanowi jednak wymóg przyznania refundacji doskonalenia zawodowego i jest konieczne do jej wypłaty i rozliczenia.

Okres przetwarzania danych

Podane przez Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie przez okres niezbędny tj.:

1) w przypadku osób, którym nie została przyznana refundacja doskonalenia zawodowego – przez okres 1 roku od daty zakończenia postępowania o udzielenie refundacji,

2) w przypadku osób, którym przyznano refundację doskonalenia zawodowego – przez okres kiedy wydatki związane z przyznaniem i wypłatą refundacji mogą być kontrolowane na mocy przepisów prawa tj. przez okres 5 lat od wypłaty refundacji.

Prawa osób, których dane są przetwarzane

• Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jeżeli uważają państwo, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem przepisów RODO, można wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Jeśli potrzebują Państwo dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub chcą Państwo skorzystać z przysługujących praw, można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (e-mail: iod@oilwaw.org.pl).

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

………………………………………………………………………

(Data i podpis)