Załącznik nr 2 do Regulaminu

**Zgłoszenie kandydatury do tytułu „Mentor”**

w kategorii (proszę wybrać właściwą):

- „Mentor - Lekarz Specjalista”

- „Mentor - Lekarz Rezydent”

- „Mentor - Lekarz Dentysta”

Dane zgłaszanego kandydata:

Imię: ………………………………………………….

Nazwisko: …………………………………………..

Miejsce pracy: ………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę dokonać oceny kandydata w następujących dyscyplinach (wskazać ocenę):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| merytoryczność kandydata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ilość czasu poświęconego stażyście | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| zdolność przekazywania wiedzy w jasny i zrozumiały sposób | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| życzliwe podejście do młodszych lekarzy i lekarzy dentystów | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| umiejętność zainteresowania swoją dziedziną medycyny | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Uzasadnienie wniosku, z uwzględnieniem szczególnych zasług dla kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dane osoby zgłaszającej:

Imię: ………………………………………………………………

Nazwisko: ………………………………………………………

PWZ: ………………………………………………………………

e-mail: ……………………………………………………………

tel.: ……………………………………………………………….

……………………………… …………………………………………………………….

data (czytelny podpis)

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych określonych w aktualnie obowiązujących regulaminach wewnętrznych, w celu: przyjęcia zgłoszenia kandydata do tytułu honorowego „Mentor”, przeprowadzenia losowania nagrody finansowej, wśród osób zgłaszających kandydatury oraz wypłaty refundacji udziału w kursie, konferencji lub zakupu literatury medycznej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, którą reprezentuje Prezes ORL.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 22 54 28 337, email: iod@oilwaw.org.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb przyjęcia zgłoszenia kandydata do tytułu honorowego „Mentor”, przeprowadzenia losowania nagrody finansowej, wśród osób zgłaszających kandydatury oraz wypłaty refundacji udziału w kursie, konferencji lub zakupu literatury medycznej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zgłoszenia kandydata do tytułu honorowego „Mentor”.
8. Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.

………………………………………………………………………

(czytelny podpis)