**Załącznik nr 1 – wniosek o przyznanie stypendium**

**Wniosek o przyznanie stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej**

Imię:

…………………………………………………………………………………………………

Nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………

PESEL:

…………………………………………………………………………………………………

Numer PWZ:

…………………………………………………………………………………………………

Adres:

…………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy (podanie nie jest obowiązkowe):

…………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail:

…………………………………………………………………………………………………

Dziedzina specjalizacyjna (w trakcie szkolenia/tytuł specjalisty):

…………………………………………………………………………………………………

Rok szkolenia specjalizacyjnego:

……………………………………………………………………………………………………………

Nazwa jednostki odbywania szkolenia specjalizacyjnego/Główne miejsce pracy:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Całkowita wnioskowana kwota stypendium:

…………………………………………………………………………………………………

Koszty uczestnictwa w wydarzeniu (opłata kursu, stażu, warsztatu):

…………………………………………………………………………………………………

Transport:

…………………………………………………………………………………………………

Cena noclegu/hotelu:

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa jednostki planowanego wyjazdu odbywania stażu/kursu/warsztatów:

…………………………………………………………………………………………………

Adres:

…………………………………………………………………………………………………

Okres wyjazdu:

……………………………………………………………………………………………………………

**Wynik:**

**Lekarskiego Egzaminu Końcowego: ………………………………………………………….**

**Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego: ……………………………………..**

**Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego: ………………………………………………….**

**Doświadczenie zawodowe (w punktach)**

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

**Kursy i staże zawodowe**:

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

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

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

**Nazwa placówki, kursu, warsztatu:**

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

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

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

**Uzasadnienie wyboru placówki, kursu, warsztatu oraz spodziewane korzyści dla aplikującego**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. nie jestem ukarana/y prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
2. 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;
3. 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 cywilnoprawnej za przedstawienie nieprawdziwych informacji.

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

(data, podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych** Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie moich danych osobowych w podanym we wniosku zakresie niezbędnych do: przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium oraz informowania o działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w zakresie przyznawania stypendiów.

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

(data, podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenie wnioskodawcy o znajomości języka obcego,**

**w którym prowadzony będzie staż, kurs lub szkolenie**

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że spełniam warunek dotyczący znajomości języka obcego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [[1]](#footnote-1) i posługuję się nim w stopniu umożliwiającym skuteczną komunikację.

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

(data, podpis wnioskodawcy)

**Zobowiązanie do zwrotu przyznanej kwoty stypendium**

**w razie jego nieprawidłowego wykorzystania lub niezłożenia wymaganego sprawozdania**

Ja, niżej podpisany/-a zobowiązuję do zwrotu przyznanej kwoty stypendium w razie jego nieprawidłowego wykorzystania lub niezłożenia wymaganego sprawozdania.

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

(data, podpis wnioskodawcy)

**Obowiązek Informacyjny**

**Administrator 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 stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO a w przypadku jego przyznania, również w celach finansowo – księgowych na podstawie art.6 ust 1 lit c RODO.

Dane osobowe osób, którym przyznano stypendium oraz dane osób, których wnioski nie otrzymały dofinansowania mogą zostać przekazane Ośrodkowi Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Zgoda na przetwarzanie danych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie odbywa się na podstawie uprzednio wyrażonej zgody - oświadczenia będącego integralną częścią wniosku o przyznanie stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej.

Podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, stanowi jednak wymóg przyznania stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej i jest konieczne do jego wypłaty i rozliczenia. Podany numer telefonu może nam posłużyć do kontaktu z Państwem jeśli zajdzie taka potrzeba, jednak podanie tych danych nie jest warunkiem koniecznym przyznania stypendium. Państwa imię i nazwisko wraz z przygotowanym sprawozdaniem merytorycznym z odbytego stażu może zostać zamieszczone na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w celach informacyjnych i sprawozdawczych z działalności stypendialnej Okręgowej Izby Lekarskiej.

**Okres przetwarzania danych**

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

* 1. w przypadku osób, którym nie zostało przyznane stypendium ORL – przez okres 1 roku od daty

zakończenia postępowania o udzielenie stypendium,

* 1. w przypadku osób, którym przyznano stypendium – przez okres kiedy wydatki związane z przyznaniem i wypłatą stypendium mogą być kontrolowane na mocy przepisów prawa tj. przez okres 5 lat od daty przedstawienia rozliczenia stypendium ORL.

**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](mailto:iod@oilwaw.org.pl)).

Oświadczam , że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

……………………………………………………….

(Data i podpis)

**Zgoda ośrodka na odbycie stażu (tylko w przypadku wyjazdu indywidualnego)**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Nazwa jednostki odbywania stażu:

Adres:

Dane kontaktowe:

Okres wyjazdu:

Wyrażam zgodę na odbycie stażu zawodowego.

……………………………………………… ………………………………………………

podpis kierownika/ordynatora/ podpis wnioskodawcy

lekarza/lekarza dentysty kierującego

oddziałem/kliniką/ośrodkiem

1. Proszę wpisać język, w którym prowadzony będzie staż, kurs lub szkolenie [↑](#footnote-ref-1)