ODDZIAŁ LEGIONOWO
ul. Tęczowa 5A, 05-123 Chotomów
legionowo@psychoklinika@pl
ODDZIAŁ WARSZAWA-BIELANY
ul. Heroldów 19A, 01-991 Warszawa
bielany@psychoklinika.pl
ODDZIAŁ WARSZAWA-BIAŁOŁĘKA
ul. Fleminga 29, 03-176 Warszawa
bialoleka@psychoklinika.pl

NZOZ
Poradnia Zdrowia Psychicznego EDUCATIO Sp. z o.o. Kwestionariusz zgłoszeniowy na staż kliniczny

Imię i nazwisko……

Data urodzenia……

tel. kontaktowy……

e-mail……

Jestem zainteresowana/y stażem w pionie (niepotrzebne skreślić):

dziecięcym i młodzieżowym / osób dorosłych

Jestem zainteresowana/y stażem (niepotrzebne skreślić):

krótkoterminowym	**długoterminowym**
Koszt: 2750 zł	Koszt: 3850 zł
Zajęcia szkoleniowe :10h	Zajęcia szkoleniowe: 15
Praktyka kliniczna: 10h	Praktyka kliniczna: 40
Superwizja i diagnoza: 10 h	Superwizja i diagnoza: 45
Razem: 30 h	Razem: 100 h

Czy chcę rozłożyć płatność na 2 raty:

TAK / NIE

Wykształcenie:

- nazwa szkoły……
- kierunek studiów……
- specjalizacja realizowana w czasie studiów……
- rok ukończenia (lub przewidywany rok ukończenia studiów)……

Dodatkowe szkolenia, warsztaty:

……
……
……
……

ODDZIAŁ LEGIONOWO
ul. Tęczowa 5A, 05-123 Chotomów
legionowo@psychoklinika@pl
ODDZIAŁ WARSZAWA-BIELANY
ul. Heroldów 19A, 01-991 Warszawa
bielany@psychoklinika.pl
ODDZIAŁ WARSZAWA-BIAŁOŁĘKA
ul. Fleminga 29, 03-176 Warszawa
bialoleka@psychoklinika.pl

Krótki opis motywacji do odbywania stażu w NZOZ Poradni Zdrowia Psychicznego EDUCATIO:

……..
……
……
……

Jakie ma Pan/Pani oczekiwania wobec stażu:

……..
……
……
……

Czy ma Pan/Pani zawodowe lub osobiste doświadczenia związane z pomaganiem osobom dorosłym, dzieciom?

TAK / NIE

Jeśli TAK, to proszę je krótko opisać:

……
……
……
……

Czy Pan/Pani pracuje?

TAK / NIE

Jeśli TAK, to proszę krótko opisać na czym ta praca polega i w jakim wymiarze czasowym ją Pan/Pani wykonuje:

……
……
……
……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji na staż zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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).
Jednocześnie, potwierdzam że zostałam/em poinformowany, że:
1. Dane zbierane są przez NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego EDUCATIO Sp. z o.o., który jest Administratorem danych.
2. Celem przetwarzania zebranych danych jest rekrutacja kandydata na staż oraz realizacja obowiązków Administratora związanych z zawarciem umowy na realizację stażu.
3. Podstawą prawną przetwarzania powyższych danych jest moja zgoda.
4. Odbiorcami moich danych są upoważnieni przez Administratora danych pracownicy podmiotu leczniczego
5. Mam prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub usunięcia;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- do przenoszenia danych;
- do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO);

6. Dane, będą przechowywane przez okres czasu wskazany w odpowiednich przepisach prawa.
7. Dane udostępnione nie będą podlegały profilowaniu.

Data …….. Podpis ……