

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

Koszt: 3190 zł

Zajęcia szkoleniowe :10h

Praktyka kliniczna: 10h

Superwizja i diagnoza: 10 h

Razem: 30 h

długoterminowym

Koszt: 4450 zł

Zajęcia szkoleniowe: 15

Praktyka kliniczna: 40

Superwizja i diagnoza: 45

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:

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

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