

**OŚWIADCZENIE  
O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSBOWYCH**

**Dane osobowe (obowiązkowe pola do wypełnienia):**

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego: \_\_\_\_\_

Tytuł zawodowy: **diagnosta laboratoryjny,**

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Miejsce pracy: \_\_\_\_\_

Zatrudnienie od: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

zwane będą dalej „danymi osobowymi”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

- Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych z siedzibą w Warszawie,

- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie (ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, numer NIP: 1180183740, numer REGON: 000289093), dalej CMKP,

- Uczelnie wyższe, które zawarły z CMKP umowę w ramach realizacji szkolenia dot. szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293)

**w następujących celach:**

- 1) zgłoszenia mojego udziału w szkoleniu dot. szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293);
- 2) przekazania danych osobowych podmiotowi prowadzącemu szkolenie teoretyczne, tj. Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego oraz uczelniom wyższym, które zawarły z CMKP umowę w ramach realizacji szkolenia dot. szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293),

Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w celu przeprowadzenia szkolenia ze szczepień przeciwko COVID-19, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data, podpis)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Stosownie do art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 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, zwanego dalej: „RODO”, **Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych**,

informuje, że:

Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest **Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych z siedzibą** w Warszawie, 03-428 Warszawa przy ul. Konopackiej 4, REGON: 015297876, NIP: 1132394634, dane kontaktowe: **tel.:** +48 227412155, **e- mail:** [biuro@kidl.org.pl](mailto:biuro@kidl.org.pl);

1. Pani/Pana dane osobowe: **imię i nazwisko; numer Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego; tytuł zawodowy „diagnosta laboratoryjny” oraz adres e-mail**, będą przetwarzane w następujących celach:
  - 1) zgłoszenia Pani/Pana udziału w szkoleniu ze szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz. U. z 2021, poz.293);
  - 2) przekazania danych osobowych podmiotowi prowadzącemu szkolenie teoretyczne, tj. Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego (ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, numer NIP: 1180183740, numer REGON: 000289093), a także podmiotom prowadzącym szkolenia praktyczne, tj. Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego oraz uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie, które zawarły z CMKP umowę w celu realizacji szkolenia dot. szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą **na podstawie Pani/Pana zgody**, tj. na podstawie art. **6 ust. 1 lit. a RODO**.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, a więc podmiotami, którym ujawniane będą dane osobowe, będą:
  - 1) **Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego** – jako podmiot prowadzący szkolenie teoretyczne oraz organizujący szkolenie praktyczne;
  - 2) **uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie**, – jako podmioty prowadzące szkolenia praktyczne, które zawarły z CMKP umowę w celu realizacji szkolenia dot. szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293).
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa powyżej, nie dłużej niż przez okres 3 lat od dnia przekazania przedmiotowej zgody.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w systemach teleinformatycznych.
7. Pani /Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 4 pkt 4 RODO
8. Posiada Pani/Pan prawo:
  - 1) do uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe Pan/Pani dotyczące, a jeżeli ma to miejsce - do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania odpowiednich informacji;
  - 2) żądania od administratora niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe;
  - 3) żądania od administratora niezwłocznego usunięcia danych;
  - 4) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych;
  - 5) otrzymać w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pana/Pani dane osobowe oraz przesłać te dane osobowe innemu administratorowi bez przeszkód ze strony administratora;
  - 6) jeżeli taki przypadek zaistnieje - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych  
– **w zakresie i na warunkach określonych odpowiednio w art. 15, 16, 17, 18, 20 i 21 RODO.**
9. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie poprzez przekazanie swojego oświadczenia drogą elektroniczną, pocztą tradycyjną lub w każdy inny sposób, umożliwiający Administratorowi identyfikację osoby cofającej zgodę.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w szczególności przepisy RODO.

Potwierdzam, że otrzymałam/łem klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

---

(miejsowość, data, podpis)