



Załącznik nr. 1

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody
na przetwarzanie danych osobowych do celów naboru**

Oświadczam, że zgodnie z przepisami 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 (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie w procesie rekrutacji podanych przeze mnie dobrowolnie dodatkowych danych osobowych niebędących danymi, których pracodawca może żądać na podstawie przepisów prawa.



Załącznik nr 2

Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach realizowanych usług jest Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Stefana Batorego 44, 05-400 Otwock, NIP 532 20 44 744, REGON 146378640
telefon: 22 778-26- 10, e-mail:sekretariat@pcz-otwock.pl dalej „administrator”.

CEL PRZETWARZANIA DANYCH

Rozpatrzenie złożonej oferty, poinformowanie o prowadzonej rekrutacji i zaproszenie na rozmowę kwalifikacyjną.

DANE, KTÓRE PRZETWARZAMY

Podanie danych w ramach składanej oferty jest obowiązkowe w zakresie danych zawartych w dokumentach przedłożonych celem potwierdzenia wykonywania działalności leczniczej lub nabycia fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Te dane będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: RODO).

Przetwarzanie pozostałych danych wiąże się z umożliwieniem kontaktu z oferentem oraz rozpatrzeniem składanej oferty pod względem spełnienia wymagań dla prawidłowej realizacji udzielanego zamówienia. Podanie tych danych jest niezbędne, a ich przetwarzanie będzie realizowane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

CZAS PRZETWARZANIA DANYCH

Podane dane osobowe przetwarzane będą przez 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu z uwzględnieniem terminu rozpatrzenia ewentualnych uzasadnionych protestów. Po tym czasie dokumenty złożone w ramach ofert, które nie zostały wybrane zostaną usunięte.

UDOSTĘPNIANIE DANYCH

Podane dane w zakresie imienia i nazwiska oraz adresu korespondencyjnego będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi, w celu przesłania niezbędnych informacji.

PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA

Posiada Pani/Pan również prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia ich przetwarzania. Żądania można kierować na wskazany adres Szpitala lub drogą mailową na adres e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

Ma Pani/Pan także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

KONTAKT Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych można uzyskać poprzez e-mail: iod@pcz-otwock.pl lub korespondencyjnie na adres Szpitala podany powyżej.

.....
(data i czytelny podpis)



Załącznik nr 3.

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

.....
(data i czytelny podpis)