**Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki. nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna liczba punktów**  *(wypełnia realizator projektu)* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data szkolenia** | Wybierz | | | **Brałam/-em już udział we wcześniejszych kursach realizowanych w ramach Projektu** | | | | | | Tak  Nie |
| **(A) Dane wnioskodawcy** | | | | | | | | | | |
| **Tytuł zawodowy - naukowy[[1]](#footnote-1)** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | **Imię i nazwisko** | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | |
| **PESEL** | | | | | **Numer prawa wykonywania zawodu** | | | | | |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | Nie posiadam numeru PESEL | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | | | | | **Adres e-mail** | | | | | |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| **Województwo, w którym kandydat ma miejsce zamieszkania** | | | **Specjalizacje** | | | | | | **Liczba publikacji (z ostatnich trzech lat)** | |
| Mazowieckie  Inne niż mazowieckie | | | Otorynolaryngologia  Audiologia i foniatria  Chirurgia | | | Okulistyka  Inne lub brak | | | 0 publikacji  1-3 publikacje  Więcej niż 3 publikacje | |
| **(B) Oświadczenia** | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że:  (B1) Wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku oraz pozostałych dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. W przypadku podania nieprawdziwych danych zobowiązuję się do zwrotu kosztów noclegu wraz z odsetkami ustawowymi.  (B2) Nie otrzymam ani nie otrzymałem/-am dofinansowania częściowego ani całkowitego zwrotu kosztów zakwaterowania z innego źródła, w tym w  szczególności nie rozliczam swojego udziału w Szkoleniu jako kosztów delegacji służbowej oraz, że koszty mojego udziału w Szkoleniu nie zostały sfinansowane z Funduszy Europejskich.  (B3) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00, w tym w szczególności zapisów dotyczących warunków bezpłatnego zakwaterowania i zwrotu kosztów dojazdu dla Uczestników Szkolenia, oraz że w pełni rozumiem, akceptuję wszystkie jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.  (B4) Zapoznałam/-em się z treścią poniższej informacji o przetwarzaniu danych osobowych.  (B5) Zobowiązuję się do samodzielnego pokrycia należności wobec hotelu w którym realizowany był nocleg, innych niż nocleg na czas realizowanego Szkolenia (w zapewnionym przez Realizatora standardzie), w tym przede wszystkim wynikających z przedłużenia pobyty, zwiększenia standardu pokoju lub skorzystania, z innych niż nocleg, odpłatnych usług oferowanych przez hotel. | | | | | | | | | | |
| **(A1) Wnoszę o zapewnienie mi zakwaterowania na czas szkolenia[[2]](#footnote-2)** | | | | Tak  Nie | | | | Z noclegu można skorzystać **tylko w trakcie jednego kursu** realizowanego w ramach Projektu | | |
| **(A2) Zgłaszam szczególne potrzeby o których mowa w „Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020”** | | | | Tak Nie | | | | | | |
| Kliknij tutaj, aby opisać zgłaszane potrzeb (na przykład: zapewnienie tłumacza języka migowego, asystenta osoby z niepełnosprawnością, dostępu dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim) | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data* |  | *Podpis* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Nasz Instytut dokłada wszelkiej staranności, aby adekwatnie zabezpieczyć Państwa dane osobowe związane z realizacją Projektu pt. **„Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”**, jak również przekazać wszystkim osobom, których dane osobowe przetwarza, wyczerpujące informacje o zakresie i sposobie przetwarzania ich danych. W związku z powyższym przekazujemy poniższe informacje.

**Tożsamość i dane kontaktowe administratora**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, z siedzibą w Warszawie, ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa (tel. 22 311 81 02, fax 22 311 81 18).

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email: [io](mailto:io)d@ifps.org.pl. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania przez Państwa danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pozyskane dane osobowe będą przetwarzane przez Instytut wyłącznie w celu realizacji i rozliczenia Projektu (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wykonywania przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz w realizacji nałożonych na administratora obowiązków prawnych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

**Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pan/Pani danych osobowych mogą być podmioty, którym Instytut udostępni lub powierzy przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji celów przetwarzania tych danych, na podstawie przepisów prawa lub umowy.

**Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie lub do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020, a następnie przez okres wynikający z przepisów archiwalnych.

**Prawa podmiotów danych**

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Osobie, której dane przetwarzane są na podstawie zgody, przysługuje prawo do jej wycofania w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne aby uczestniczyć w procesie rekrutacji do udziału w Projekcie.

Pozyskane dane nie będą podległy zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

1. Podanie tej informacji jest dobrowolne – Informacja zostanie umieszczona na certyfikacie uczestnictwa. [↑](#footnote-ref-1)
2. Warunkiem zapewnienia zakwaterowania jest przekazanie Realizatorowi Projektu oryginałów wszystkich prawidłowo wypełnionych i podpisanych dokumentów rekrutacyjnych najdalej na 10 dni przed planowanym Szkoleniem. **Uczestnik może skorzystać z darmowego noclegu tylko jednokrotnie (tylko na czas jednego szkolenia)**. [↑](#footnote-ref-2)