**Załącznik nr 1 – wniosek o przyznanie stypendium**

**Wniosek o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej**

Imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Telefon kontaktowy (podanie nie jest obowiązkowe):……………………………………………………………………
Adres e-mail: …………………………………………………………………………………..…………………………………………………..
**Dziedzina specjalizacyjna (w trakcie szkolenia/tytuł specjalisty**)[[1]](#footnote-1)………………………………………………………
Rok szkolenia specjalizacyjnego: ………………………………………………………………………………………………………….
Nazwa jednostki odbywania szkolenia specjalizacyjnego:…………………………………………………..………………..
Całkowita wnioskowana kwota stypendium:………………….………………………………………………………………….
Koszty uczestnictwa w wydarzeniu (opłata kursu, stażu, warsztatu):…….……………………………………………
Ekwiwalent żywieniowy[[2]](#footnote-2)…..………………………………………..……………………………………………….……………
Transport[[3]](#footnote-3)…………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Cena noclegu/hotelu[[4]](#footnote-4) ……………………………………………………………………………………..……………………………….
Nazwa jednostki planowanego wyjazdu odbywania stażu/kursu/warsztatów:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Adres:……………………………………………………………………………………………………………………………………….
Okres wyjazdu:………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategoria**  | **Punktacja** |
| **Wynik: Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Państwowego [[5]](#footnote-5)Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego/Państwowego [[6]](#footnote-6)****Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego[[7]](#footnote-7)** | **(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Doświadczenie zawodowe (Wypełnia wnioskodawca):…………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………** | **(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Doświadczenie naukowe (Wypełnia wnioskodawca):…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…** | **(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Kursy i staże zawodowe[[8]](#footnote-8) (Wypełnia wnioskodawca):…………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..…………** | **(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Nazwa placówki, kursu, warsztatu (Wypełnia wnioskodawca): ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………** | **(Wypełnia Komisja Stypendialna NRL)** |
| **Uzasadnienie wyboru placówki, kursu, warsztatu oraz spodziewane korzyści dla aplikującego (Wypełnia wnioskodawca) : …………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………** | **(Wypełnia Komisja Stypendialna NRL)** |

Oświadczam, że:

1) nie jestem ukarana/y prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;

2) moje prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty nie zostało zawieszone na mocy właściwej rady lekarskiej, właściwa rada lekarska nie orzekła wobec mnie zakazu wykonywania określonych czynności medycznych;

3) sąd powszechny nie orzekł wobec mnie środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentysty, a także nie zastosowano wobec mnie środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentysty;

4) w dacie składania wniosku nie posiadam zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego.

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności cywilno-prawnej za przedstawienie nieprawdziwych informacji.

Data i podpis wnioskodawcy ……………………………………………………….

**Oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Naczelną Izbę Lekarską z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych w podanym we wniosku zakresie niezbędnych do: przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium oraz informowania o działalności Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie przyznawania stypendiów.

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

(data, podpis)

**Obowiązek Informacyjny**

**Administrator Danych**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.

**Podstawa prawna i cel przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO a w przypadku jego przyznania, również w celach finansowo – księgowych na podstawie art.6 ust 1 lit c RODO. Podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, stanowi jednak wymóg przyznania stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej i jest konieczne do jego wypłaty i rozliczenia. Podany numer telefonu może nam posłużyć do kontaktu z Państwem jeśli zajdzie taka potrzeba, jednak podanie tych danych nie jest warunkiem koniecznym przyznania stypendium. Państwa imię i nazwisko wraz z przygotowanym sprawozdaniem merytorycznym z odbytego stażu może zostać zamieszczone na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej w celach informacyjnych i sprawozdawczych z działalności stypendialnej Naczelnej Izby Lekarskiej.

**Odbiorcy danych**

Podmioty, którym powierzono przetwarzanie Państwa danych osobowych, należą do kategorii dostawców rozwiązań infrastrukturalnych oraz podwykonawców . Podmioty te mogą przetwarzać Państwa dane osobowe w myśl RODO w Państwie Trzecim. Podmioty te mogą również wykorzystywać do przetwarzania Państwa danych osobowych dalsze podmioty, które przetwarzać je będą w państwie trzecim. W przypadku przekazywania danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy administrator zapewni, aby dane były przekazywane z zapewnieniem odpowiednich standardów zabezpieczeń  (standardowe klauzule umowne, wiążące reguły korporacyjne)

**Okres przetwarzania danych**

Podane przez Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie przez okres niezbędny tj.

1. w przypadku osób, którym nie zostało przyznane stypendium NRL – przez okres 1 roku od daty zakończenia postępowania o udzielenie stypendium,
2. w przypadku osób, którym przyznano stypendium - przez okres kiedy wydatki związane z przyznaniem i wypłatą stypendium mogą być kontrolowane na mocy przepisów prawa tj. przez okres 5 lat od daty przedstawienia rozliczenia stypendium NRL.

**Prawa osób, których dane są przetwarzane**

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jeżeli uważają państwo, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem przepisów RODO, można wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Jeśli potrzebują Państwo dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub chcą Państwo skorzystać z przysługujących praw, można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (e-mail: iod@hipokrates.org).

Oświadczam , że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

……………………………………………………….

Data i podpis

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Wysokość diety - 140 zł/dzień. Proszę określić liczbę dni oraz przemnożyć przez 140 zł. Podać całkowitą wartość. [↑](#footnote-ref-2)
3. Koszty przelotów samolotowych, opłaty za paliwo - może wynieść do 15% całkowitej wnioskowanej sumy. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku występowania opłaty kursu, warsztatu lub stażu koszt noclegu/hotelu - może wynieść do 15% całkowitej wnioskowanej sumy. [↑](#footnote-ref-4)
5. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-5)
6. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-6)
7. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-7)
8. Nie dotyczy kursów i staży w ramach szkolenia specjalizacyjnego oraz stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty [↑](#footnote-ref-8)