**PIECZĘĆ PODŁUŻNA INSTYTUCJI**

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

Miejscowość, data

**Z G Ł O S Z E N I E**

**na szkolenie typu A-A, S-A, S-Z\* (właściwe zanacz krzyżykiem w poniższej tabeli) w terminie ………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wybór** | **Typ uprawnień** | **Specjalność** |
|  | **A-A** | Operator akceleratora stosowanego do celów innych niż medyczne, z wyłączeniem akceleratorów stosowanych do kontroli pojazdów |
|  | **A-A** | Operator akceleratora stosowanego do kontroli pojazdów |
|  | **S-A** | Operator akceleratora stosowanego do celów medycznych oraz urządzeń do  Teleradioterapii |
|  | **S-Z** | Operator urządzeń do brachyterapii ze źródłami promieniotwórczymi |

**1.** .............................................................................................................................................................................

(dane personalne kandydata: imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL)

**2**. .............................................................................................................................................................................

(adres zamieszkania z kodem pocztowym)

**3.** .............................................................................................................................................................................

(telefon kontaktowy, adres email)

**4.** .............................................................................................................................................................................

(jednostka organizacyjna)

**5.** .............................................................................................................................................................................

(staż pracy ze źródlami promieniowania jonizującego)

**6.** .............................................................................................................................................................................

(informacja o rodzaju i zakresie prowadzonych w zakładzie prac z promieniowaniem jonizującym)

**PROSIMY DOŁĄCZYĆ DO ZGŁOSZENIA NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. Zaświadczenie wymagane na podstawie art. 12 ust. 2a i art. 7 ust. 7a ustawy Prawo atomowe   
   z dnia 29.11.2000r. (Dz. U.2021, poz.1941) o stanie zdrowia wydane przez jednostkę określoną w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.06.1996 r. w sprawie badań lekarskich pracowników (Dz. U. Nr 69, poz. 332) **stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.**
2. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia stanowiskowego z miejsca pracy **z uwzględnieniem**

**minimum 2 godzin ćwiczeń laboratoryjnych poświęconych analizie dokumentacji techniczno-technologicznej urządzeń oraz stosowanych w pracowni procedur.**

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

**Dyrektor**

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią poniższej klauzuli informacyjnej.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej (CLOR), ul. Konwaliowa 7, 03-194 Warszawa.
2. W CLOR powołano Inspektora Ochrony Danych (IOD), kontakt do IOD e-mail: iod.clor@buiskwp.pl.   
   Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy tj. uczestnictwa   
   w szkoleniu/ kursie (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1), zwanego dalej RODO);   
   w celu wypełnienia prawnie ciążących obowiązków na Administratorze danych m.in. z zakresu podatków, rachunkowości, czy archiwizacji danych (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO);   
   w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń przez Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz z uwagi na prawnie uzasadnione interesy Administratora m.in.: w celu zapewniania bezpieczeństwa na terenie należącym do Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Pani/Pana dane dotyczące stanu zdrowia, o których mowa w załączniku nr 1 dołączonym do zgłoszenia na szkolenie przetwarzane będą na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych osobowych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych oraz podmioty, którym Administrator zleca wykonywanie czynności, z którymi wiąże konieczność przetwarzania danych (podmioty przetwarzające) oraz podmioty publiczne na podstawie odrębnych przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane: w celach związanych z organizacją i realizacją kursów i szkoleń, a także w celu wydania zaświadczenia uczestnictwa w kursie/szkoleniu przez okres 3 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym Pan/Pani uczestniczył/a w szkoleniu;   
   w celu realizacji ewentualnych roszczeń cywilno-prawnych przez okres 3 lat, przy czym w przypadku toczących się postępowań okres ten może się wydłużyć na czas prawomocnego zakończenia postępowania oraz do upływu nowych terminów przedawnienia; w celu realizacji obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w szczególności ustawy o rachunkowości oraz Ordynacji podatkowej dane będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od końca danego roku rozliczeniowego.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,   
   w przypadku wyrażenia zgody-prawo do jej wycofania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pani/Pan uzna, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wpisania na listę uczestników szkolenia lub kursu oraz jego realizacji, konsekwencją nie podania danych osobowych będzie wykluczenie Pani/Pana z udziału w szkoleniu lub kursie.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

………………………………………………………………………………….

**Data i podpis osoby przystępującej do szkolenia w CLOR**

**PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH PŁATNIKA**

**Upoważniamy (nie upoważniamy)** osobę zgłoszoną na szkolenie do podpisu i odbioru faktury VAT

**\* niepotrzebne skreślić**

Numer identyfikacyjny NIP płatnika.......................................................................................................

Nazwa i adres płatnika ..........................................................................................................................

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

.................................. **Główny Księgowy**