*Część A – wypełnia absolwent*

1. **Dane osobowe absolwenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

1. **Wykształcenie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni wyższej / placówki edukacyjnej: |  |
| Wydział: |  |
| Kierunek/specjalizacja/profil: |  |
| Rodzaj studiów/placówki edukacyjnej\*: | □ licencjackie, □ inżynierskie, □ magisterskie, □ liceum, □ technikum, □ policealna, □ inne[[1]](#footnote-1)(jakie?) ........ |
| Tryb studiów/nauki\*: | □ dzienny, □ wieczorowy, □ zaoczny, □ indywidualny, □ inny (jaki?) .….… |
| Rok ukończenia studiów / placówki edukacyjnej: |  |
| Uzyskany tytuł: |  |
| \* proszę zaznaczyć właściwe |

1. **Doświadczenie zawodowe, w tym odbyte praktyki:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy:  |  |
| Stanowisko: |  |
| Zakres realizowanych zadań: |  |
| Okres: |  |

1. **Praktyka absolwencka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowany obszar odbywania praktyki / komórka organizacyjna:  |  |
| Proponowany termin rozpoczęcia praktyki: |  |
| Proponowany termin zakończenia praktyki: |  |
| Proponowany wymiar praktyki \(w godzinach): |  |
| Uwagi / Dodatkowe informacje (w tym znajomość języków obcych, posiadane umiejętności, certyfikaty etc.): |  |

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Na podstawie art. 9 ust.2 lit. a) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), - ) – dalej „**RODO**”, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zarząd Transportu Miejskiego z siedzibą w Warszawie, przy ul. Grochowskiej 316/320, moich danych osobowych w celu wykonania badań medycyny pracy przed odbyciem praktyki. Niniejsza zgoda jest wyrażona dobrowolnie. Jest mi wiadomo, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................... miejscowość, data | ................................................................podpis absolwenta/ imię i nazwisko |

1. **Klauzula informacyjna Administratora Danych Osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Transportu Miejskiego z siedzibą w Warszawie (03-893), przy ul. Grochowskiej 316/320, dalej „**ZTM**”;
2. z Administratorem można kontaktować się w następujący sposób:

a) pisemnie, na adres siedziby ZTM,

b) pod adresem e-mail: ztm@ztm.waw.pl,

c) telefonicznie: 22 459-41-00,

d) poprzez platformę ePUAP;

3) ZTM powołał Inspektora Ochrony Danych – dalej „**IOD**”; z IOD może Pani/Pan skontaktować się pod adresem e-mail: iod@ztm.waw.pl lub pisemnie na adres siedziby ZTM;

4) przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie:

1. art. 6 ust. 1 lit. b), RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie, przed zawarciem umowy, a w przypadku zawarcia umowy w celu jej wykonania,
2. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, w celu wywiązania się z obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wskazanego w ustawie o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,

5) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do organizacji i zapewnienia odpowiedniego przebiegu praktyki; konsekwencją odmowy podania danych osobowych będzie brak możliwości odbycia praktyki w ZTM;

6) pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione:

a) podmiotowi świadczącemu na rzecz ZTM usługi medyczne,

b) podmiotom uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa;

7) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:

1. 10 lat począwszy od zakończenia roku kalendarzowego, w którym zakończone zostanie odbywanie praktyki, z zastrzeżeniem lit. b) poniżej,
2. 1 m-c w przypadku nie podpisania .

8) posiada Pani/Pan – z ograniczeniami wskazanymi w RODO – prawo do:

1. żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – zgodnie z art. 15 RODO,
2. sprostowania i uzupełnienia swoich danych osobowych – zgodnie z art. 16 RODO,
3. żądania usunięcia swoich danych osobowych – zgodnie z art. 17 RODO,
4. żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych – zgodnie z art. 18 RODO,
5. przenoszenia swoich danych osobowych – zgodnie z art. 20 RODO,

9) w celu skorzystania z wyżej wymienionych praw należy skontaktować się z ZTM lub IOD, korzystając
 ze wskazanych powyżej danych kontaktowych;

1. przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

11) w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody – posiada Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................... miejscowość, data | ................................................................podpis absolwenta / imię i nazwisko |

*Część B – wypełnia organizator praktyk*

1. **Opinia osoby kierującej komórką organizacyjną, w której absolwent zaproponował odbycie praktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę na odbycie praktyki w zaproponowanym przez absolwenta terminie i wymiarze godzin |  |
| Opiekunem praktyki będzie: |  ....................................................................................... |
| Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki |  |

 …………..……………………………………….

 *data, podpis, pieczątka osoby kierującej komórką organizacyjną*

1. **Decyzja Dyrektora Pionu**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki w Dziale ………………….…………….

Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

|  |  |
| --- | --- |
|  | ...............................................*data, podpis, pieczątka Dyrektora Pionu* |

1. **Decyzja Dyrektora**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki

Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

|  |  |
| --- | --- |
|  | ...............................................*data, podpis, pieczątka Dyrektora*  |

1. [↑](#footnote-ref-1)