*Część A – wypełnia student*

1. **Dane osobowe studenta:**

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

1. **Wykształcenie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni wyższej: |  |
| Wydział: |  |
| Kierunek/specjalizacja/profil: |  |
| Rodzaj studiów\*: | □ licencjackie, □ inżynierskie, □ magisterskie, □ inne[[1]](#footnote-1)(jakie?) ................. |
| Tryb studiów\*: | □ dzienny, □ wieczorowy, □ zaoczny, □ indywidualny, □ inny (jaki?) .…. |
| Rok studiów (w dniu wypełniania formularza): |  |
| \* proszę zaznaczyć właściwe | |

1. **Praktyka studencka**

|  |  |
| --- | --- |
| Preferowany obszar odbywania praktyki / komórka organizacyjna: |  |
| Proponowany termin rozpoczęcia praktyki: |  |
| Proponowany termin zakończenia praktyki: |  |
| Praktyka realizowana w ramach programu praktyk na uczelni\*: | □ tak □ nie |
| Proponowany wymiar praktyki (w godzinach): |  |
| Uwagi / Dodatkowe informacje  (w tym znajomość języków obcych, posiadane umiejętności, etc. certyfikaty.): |  |

\* proszę zaznaczyć właściwe

Prosimy o dołączenie do formularza programu praktyki (w przypadku praktyki realizowanej w ramach programu praktyk na uczelni).

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Na podstawie art. 6 ust.1 oraz 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 odbycia praktyki w ZTM. 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 studenta / imię i nazwisko |

1. **Klauzula informacyjna Administratora Danych Osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) – dalej „**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:
   1. pisemnie, na adres siedziby ZTM,
   2. pod adresem e-mail: ztm@ztm.waw.pl,
   3. telefonicznie: 22 459-41-00,
   4. 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](mailto:iod@ztm.waw.pl) lub pisemnie na adres siedziby ZTM;
4. przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie:
5. art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a), RODO, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana dobrowolną zgodę, w celu odbycia przez Panią/Pana praktyki, w tym danych zawartych w orzeczeniu lekarza medycyny pracy,
6. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, w celu wywiązania się z obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym archiwach,
7. 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;
8. dane osobowe:
   1. będą udostępnione podmiotowi świadczącemu na rzecz ZTM usługi medyczne w celu wykonania badań medycyny pracy,
   2. mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
9. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
10. 10 lat począwszy od zakończenia roku kalendarzowego, w którym zakończone zostanie odbywanie praktyki, z zastrzeżeniem lit. b) poniżej,
11. 1 m-c w przypadku nie przyjęcia na praktyki.

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,
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych – zgodnie z art. 21 RODO,
7. w celu skorzystania z wyżej wymienionych praw należy skontaktować się z ZTM lub IOD, korzystając   
   ze wskazanych powyżej danych kontaktowych;
8. przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

w przypadku uznania, że ZTM przetwarza Pani/Pana dane z naruszeniem przepisów RODO;

1. 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;
2. w oparciu o Pani/Pana dane osobowe ZTM nie będzie podejmował decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym decyzji będących wynikiem profilowania, które miałyby wpływ na Pani/Pana sytuację prawną lub mogłyby w inny sposób wpływać na Pani/Pana prawa lub obowiązki.

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

*Część B – wypełnia organizator praktyk*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyrażam zgodę na odbycie praktyki w zaproponowanym przez studenta 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)