OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z uczestnictwem w Szkoleniu – Ochrona Radiologiczna Pacjenta  organizowanym przez Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. Gen. Karola Kaczkowskiego w Warszawie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych WIHE z siedzibą w Warszawie, u. Kozielska 4, numer KRS 0000141719. w celu realizacji szkolenia, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. Gen. Karola Kaczkowskiego w Warszawie.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

……………………………….

Data i podpis uczestnika szkolenia

Podstawa prawna:

pkt 32, pkt 42, pkt 43, pkt 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 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 - Dz.U. [UE](http://tematy.biznes.gazetaprawna.pl/tematy/u/ue?utm_source=gazetaprawna.pl&utm_medium=referral&utm_campaign=link-w-art). L. z 2016 r. Nr 119, str. 1

**Klauzula informacyjna  o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści  danych i prawie ich poprawiania.**

Informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. Gen. Karola Kaczkowskiego z siedzibą w Warszawie  przy ul. Kozielskiej 4, REGON 010190547, NIP 527-020-62-63,wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII  Wydział Gospodarczy Krajowego Regestru Sądowego pod nr KRS 0000141719, zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym na Kurs ORP.

inspektorem ochrony danych osobowych u Administratora jest Pan Waldemar Giel , e-mail: [wgiel@wihe.waw.pl](mailto:wgiel@wihe.waw.pl?subject=Zapytanie)

**2.** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji szkolenia, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. Gen. Karola Kaczkowskiego w Warszawie i nie będą  udostępniane innym odbiorcom.

 3.  ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do GIODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

4.podanie danych jest dobrowolne; konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości wzięcia udziału w szkoleniu;

5.posiada Pani/Pan prawo do:

* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
* przenoszenia danych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego,
* cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6.  Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,

7.  Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane  przez okres 5 lat.