**ZASADY REALIZACJI PRAKTYK STUDENCKICH W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM W BIAŁYMSTOKU W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020**

1. Warunkiem odbycia praktyk jest wcześniejsze uzgodnienie terminu ich realizacji z pielegniarka/osobą wyznaczoną przez szpital i uzyskanie akceptacji, poświadczonej podpisem i pieczątką na skierowaniu.
2. Wraz z uzupełnionymi egzemplarzami porozumienia należy dostarczyć kopię **opłaconej** polisy OC ( zakres musi obejmować praktyki zawodowe), NNW ( w tym ekspozycja zawodowa) oraz druk upoważnienia wynikający z przepisów o ochronie danych osobowych oraz zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych RODO – w załączeniu ( załącznik nr 7).

**UWAGA!**

Druki upoważnienia i zobowiązania wynikające z przepisów RODO Student dostarcza w dwóch egzemplarzach ( jeden, podpisany przez osobą upoważnioną należy mieć do wglądu w czasie realizacji praktyk w oddziałach)

W/w dokumenty należy dostarczyć / odebrać do USK przy ul. M.C.Skłodowskiej 24 A, Administracja V piętro, pok. nr 32 **wyłącznie** w n/w dniach:

- wtorki – godz. 12.00 -15.00

- środy – godz. 12.00 -15.00

**UWAGA!**

**-** Skierowania na praktyki oraz pozostałe wymagane dokumenty należy dostarczyć najpóźniej tydzień przed uzgodnionym terminem praktyk**. Dokumenty dostarczone po upływie lub w trakcie realizacji praktyk nie będą podpisane.**

**-** Dokumenty niekompletne lub niewłaściwie uzupełnione nie będą przyjmowane.

**3.** W dniu rozpoczęcia praktyki Student jest zobowiązany przedstawić opiekunowi praktyki program praktyki, wymagane ubezpieczenia oraz upoważnienie RODO.

 ***Załącznik nr 7***

Białystok, dn. ………………………

**UPOWAŻNIENIE Nr**

Na podstawie art. 29 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. Urz. L. 119/1, 4/5/2016)

***Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku***

**UPOWAŻNIA**

Praktykanta (studenta):

*……………………………………………….…………………………………………………………………………
(imię i nazwisko)*

…………………………………………………………….………………………………………….......

*(nazwa komórki organizacyjnej lub podmiotu)*

do przetwarzania danych osobowych, w celach związanych z odbyciem studenckiej praktyki zawodowej.

Upoważniam Panią/Pana\*) do przetwarzania danych osobowych niezbędnych do odbycia studenckiej praktyki zawodowej zawartych w dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej (zewnętrznej,
jak i wewnętrznej) stanowiącej zbiory przetwarzanych danych osobowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, wskazywanej przez opiekuna praktyki.

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz z przepisami RODO, ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych,
a także z Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym
w Białymstoku.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani\*) studenckiej praktyki zawodowej.

 *…………………………………………………………*

*(podpis Administratora Danych Osobowych lub osoby upoważnionej)*

**OŚWIADCZENIE PRAKTYKANTA (STUDENTA)**

Stosownie do art. 32 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27.04.2016 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. Urz. L. 119/1, 4/5/2016) stanowiącego, że *„Administrator oraz podmiot przetwarzający podejmują działania w celu zapewnienia, by każda osoba fizyczna działająca z upoważnienia administratora
lub podmiotu przetwarzającego, która ma dostęp do danych osobowych, przetwarzała je wyłącznie
na polecenie administratora, chyba że wymaga tego od niej prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego.”*

Ja niżej podpisana(-*ny*) oświadczam, iż zostałam(-*em*) zapoznana(-*ny*) z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z zasadami przetwarzania i ochrony danych osobowych opisanymi w Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym wdrożonymi
do stosowania izobowiązuję się do:

* przetwarzania powierzonych mi danych osobowych wyłącznie w celach odbycia studenckiej praktyki zawodowej i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
i regulacjami wewnętrznymi,
* przestrzegania instrukcji i procedur związanych z ochroną danych osobowych,
* dołożenia wszelkich starań przy wykonywaniu powierzonych mi obowiązków w celu ochrony danych osobowych i informacji prawem chronionych,
* zabezpieczenia przetwarzanych danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym,
* zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia, również po ustaniu studenckiej praktyki zawodowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami
może być uznane przez Administratora Danych Osobowych za ciężkie naruszenie obowiązków praktykanta oraz podlegać sankcjom wynikającym z ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych.

 ***………………………………………. …………………………………………..***

 *(Data i miejscowość) (Czytelny podpis studenta)*

*…………………………………………………………*

 *(Data, podpis osoby przyjmującej oświadczenie)*

***Uwaga:***

Niniejsze upoważnienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – każdy na prawach oryginału, które otrzymują:

* Osoba upoważniona;
* Do akt osobowych wytworzonych w związku z odbyciem studenckiej praktyki zawodowej.

**\***) *niepotrzebne skre*ś*li*ć

***Wzór Załącznik nr 7***

Białystok, dn. 01/12/2019r.

**UPOWAŻNIENIE Nr**

Na podstawie art. 29 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. Urz. L. 119/1, 4/5/2016)

***Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku***

**UPOWAŻNIA**

Praktykanta (studenta): **Jan Kowalski nr indeksu 235478 Wydział Lekarski/…/….**

 *(imię i nazwisko)*

***Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii praktyka od 02/01/2020r do 15/01/2020r.***

 *(nazwa komórki organizacyjnej lub podmiotu)*

do przetwarzania danych osobowych, w celach związanych z odbyciem studenckiej praktyki zawodowej.

Upoważniam Panią/Pana\*) do przetwarzania danych osobowych niezbędnych do odbycia studenckiej praktyki zawodowej zawartych w dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej (zewnętrznej,
jak i wewnętrznej) stanowiącej zbiory przetwarzanych danych osobowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, wskazywanej przez opiekuna praktyki.

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz z przepisami RODO, ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych,
a także z Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym
w Białymstoku.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani\*) studenckiej praktyki zawodowej.

 *…………………………………………………………*

*(podpis Administratora Danych Osobowych lub osoby upoważnionej)*

**OŚWIADCZENIE PRAKTYKANTA (STUDENTA)**

Stosownie do art. 32 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27.04.2016 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. Urz. L. 119/1, 4/5/2016) stanowiącego, że *„Administrator oraz podmiot przetwarzający podejmują działania w celu zapewnienia, by każda osoba fizyczna działająca z upoważnienia administratora
lub podmiotu przetwarzającego, która ma dostęp do danych osobowych, przetwarzała je wyłącznie
na polecenie administratora, chyba że wymaga tego od niej prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego.”*

Ja niżej podpisana(-*ny*) oświadczam, iż zostałam(-*em*) zapoznana(-*ny*) z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z zasadami przetwarzania i ochrony danych osobowych opisanymi w Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym wdrożonymi
do stosowania izobowiązuję się do:

* przetwarzania powierzonych mi danych osobowych wyłącznie w celach odbycia studenckiej praktyki zawodowej i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
i regulacjami wewnętrznymi,
* przestrzegania instrukcji i procedur związanych z ochroną danych osobowych,
* dołożenia wszelkich starań przy wykonywaniu powierzonych mi obowiązków w celu ochrony danych osobowych i informacji prawem chronionych,
* zabezpieczenia przetwarzanych danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym,
* zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia, również po ustaniu studenckiej praktyki zawodowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami
może być uznane przez Administratora Danych Osobowych za ciężkie naruszenie obowiązków praktykanta oraz podlegać sankcjom wynikającym z ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych.

**Białystok 01/12/2019r. Jan Kowalski**

 *(Data i miejscowość) (Czytelny podpis studenta)*

*…………………………………………………………*

 *(Data, podpis osoby przyjmującej oświadczenie)*

***Uwaga:***

Niniejsze upoważnienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – każdy na prawach oryginału, które otrzymują:

* Osoba upoważniona;
* Do akt osobowych wytworzonych w związku z odbyciem studenckiej praktyki zawodowej.

**\***) *niepotrzebne skre*ś*li*ć