

**ZASADY REALIZACJI PRAKTYK STUDENCKICH
W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM W BIAŁYMSTOKU (USKwB)**

dotyczy kierunków Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB

1. Warunkiem odbycia praktyk przez studentów jest wcześniejsze uzgodnienie terminu ich realizacji z osobą nadzorującą w danej komórce organizacyjnej praktyki z danego zakresu medycyny, np. z:
 - Pielęgniarką / położną oddziałową,
 - inną osobą nadzorującą praktyki np. z fizjoterapii / dietetyki, itp.
2. Powyższe jest poświadczane podpisem i pieczętką opiekuna praktyk na obu egzemplarzach **Upoważnienia** (patrz poniżej).
3. Do USKwB należy dostarczyć:
 - 1) **Upoważnienie** (dwa egzemplarze) (patrz poniżej),
 - 2) **Oświadczenie praktykanta** (dwa egzemplarze) (patrz poniżej),
 - 3) dowód **ubezpieczenia NNW i OC** na okres realizacji praktyki, tj. **Certyfikat zawarcia ubezpieczenia** (ubezpieczenie zawierane za pośrednictwem uczelni) lub kopię **polis OC** (dla studenta odbywającego praktyki zawodowe) oraz **NNW** (w tym ekspozycja zawodowa – UWAGA! **brak ochrony w tym zakresie spowoduje obciążenie studenta kosztami postępowania poekspozycyjnego**), *(jeżeli w polisie ubezpieczenia jest informacja o potrzebie dokonania opłaty na konto bankowe dodatkowo należy dostarczyć dowód opłaty zawierający informację – czego przelew dotyczył, np. nr polisy ubezpieczeniowej).*
4. Przyjmowany jest **tylko komplet dokumentów**.
5. Dokumenty należy dostarczyć **najpóźniej dwa tygodnie** przed uzgodnionym terminem praktyk. Dokumenty dostarczone po upływie lub w trakcie realizacji praktyk nie będą podpisane.
6. W dniu rozpoczęcia praktyki Student jest zobowiązany przedstawić opiekunowi praktyki program praktyki, wymagane ubezpieczenia oraz Upoważnienie i Oświadczenie podpisane przez Dyrektora Szpitala.

UWAGA!

- Dokumenty należy dostarczać w dwóch egzemplarzach ponieważ jeden komplet dokumentów zostaje w szpitalu, drugi komplet podpisany przez osobą upoważnioną otrzymuje student w celu okazania do wglądu w czasie realizacji praktyk.
- W/w dokumenty należy **składać / odbierać** w USKwB przy ul. M. C. Skłodowskiej 24 A, Administracja, V piętro, budynek A, pok. nr 32 **wyłącznie** w n/w dniach:

wtorki – godz. 12.00 – 14.45

środy – godz. 12.00 – 14.45

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)Nr indeksu

Nazwa komórki organizacyjnej / kliniki / zakładu

Termin praktyki zawodowej: liczbagodz.

Podpis opiekuna praktyk

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 przepisami RODO, ustawy z dnia 10/05/2018 r. o ochronie danych osobowych, a także z Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym.

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

.....
(podpis Administratora Danych Osobowych
lub osoby upoważnionej)

*) *niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE PRAKTYKANTA (STUDENTA)

Stosownie do art.32 ust4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27/04/2016r. 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 (-y) 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 i zobowiązuję 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 10/05/2018r. o ochronie danych osobowych.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis studenta)

.....

(Data i 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.