**Załącznik nr 1 – wniosek o przyznanie stypendium**

**Wniosek o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej**

Imię: …………………Tomasz………………………………………………………………………….
Nazwisko: ……………Nilowski………………………………………………………………………………………………….
PESEL: …………………88092154783………………………………………………………………………………………….
Adres: ………ul. Sobieskiego 110 71-560 Warszawa……………………………………………………………………….
Telefon kontaktowy (podanie nie jest obowiązkowe):… 654 147 258 ……………………
Adres e-mail: …………Tomasz.nilowski@hipokrates.org..…………………………………………………..
**Dziedzina specjalizacyjna (w trakcie szkolenia/~~tytuł specjalisty~~**)[[1]](#footnote-1)……położnictwo i ginekologia ………
Rok szkolenia specjalizacyjnego: ……… 4 …………………………………………………………………………………….
Nazwa jednostki odbywania szkolenia specjalizacyjnego:… Oddział Położniczo-Ginekologiczny w Szpitalu Miejskim w Zamościu ……………………………………………..………………..
Całkowita wnioskowana kwota stypendium:……………10 000 zł…………………………………………………………….
Koszty uczestnictwa w wydarzeniu (opłata kursu, stażu, warsztatu):……. 0 zł…………………………
Ekwiwalent żywieniowy[[2]](#footnote-2)…..………………30x 140 zł = 4200 zł ………………………….……………
Transport[[3]](#footnote-3)………………2000 zł……………………………………………………………………………………………………….
Cena noclegu/hotelu[[4]](#footnote-4) ……………3800 zł …………………………………………..……………………………….
Nazwa jednostki planowanego wyjazdu odbywania stażu/kursu/warsztatów:
… Klinika Położniczo Ginekologiczna w Barcelonie ………………………………………………………….
Adres:………ul. Lekarska 123/11 50-324 Barcelona …………………………………………….
Okres wyjazdu:…………01 – 20. 10 2019 ………………………………………………………………….

**Maksymalnie 7 punktów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategoria**  | **Punktacja** |
| **Wynik: Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Państwowego [[5]](#footnote-5)~~Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego/Państwowego [[6]](#footnote-6)~~****~~Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego[[7]](#footnote-7)~~** | 85 pkt**(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Doświadczenie zawodowe (Wypełnia wnioskodawca):………………………………………………………..**w trakcie specjalizacji **…** realizowanie szkolenia specjalizacyjnego w ośrodku nieakademickim. za ukończenia studiów podyplomowych powiązanych tematycznie z ochroną zdrowia  | 3 pkt 2pkt 1 pkt **łącznie: 6 pkt** **(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Doświadczenie naukowe (Wypełnia wnioskodawca):**tytuł doktora nauk medycznych lub nauk o zdrowiukażda praca naukowa opublikowana wczasopiśmie z współczynnikiem oddziaływania IF (niewięcej jednak niż 2 pkt łącznie)każda praca naukowa opublikowana w**Maksymalnie 7 punktów** **Maksymalnie 5 punktów** czasopiśmie bez współczynnika oddziaływania IF (niewięcej jednak niż 2 pkt łącznie)ogłoszenie zjazdowe/prezentacje plakatu nazjeździe/konferencji/kongresie międzynarodowym (niewięcej jednak niż 2 pkt łącznie)ogłoszenie zjazdowe/prezentacje plakatu nazjeździe/konferencji/kongresie krajowym (nie więcej**W załączniku osiągnięcia zamieszany takiej samej kolejności jak we wniosku** jednak niż 2 pkt łącznie)…………………………………………….… | 2 pkt 1x1pkt 2 x 0,5 pkt 1x1 pkt 2x0,5 pkt **łącznie: 6(Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Kursy i staże zawodowe[[8]](#footnote-8) (Wypełnia wnioskodawca):…2 p – odbyty staż zawodowy zagranicznyStaż w Klinice Położnictwa w BerlinieStaż w Klinice Ginekologii w Hadze** **1p – odbyty kurs zawodowy zagranicznyKurs Laparoskopii w Paryżu Kurs Histeroskopii w MadrycieKurs Laparoskopii w Pradze** **0,5 p – odbyty staż zawodowy polskibrak 0,25 p – odbyty kurs zawodowy polski..…………Kurs USG w Warszawie Kurs KTG we Wrocławiu**  | 2x2 pkt 3x1pkt 0x0,5 pkt 2x 0,25 pkt **Łącznie: 5 pkt (Wypełnia wnioskodawca)** |
| **Nazwa placówki, kursu, warsztatu (Wypełnia wnioskodawca):** Klinika Położniczo Ginekologiczna w Barcelonie Adres: ul. Lekarska 123/11 50-324 Barcelona  | **(Wypełnia Komisja Stypendialna NRL)** |
| **Uzasadnienie wyboru placówki, kursu, warsztatu oraz spodziewane korzyści dla aplikującego (Wypełnia wnioskodawca) :** Każdy położnik aby móc prawidłowo pracować na Sali porodowej musi się wyszkolić w prawidłowym postępowaniu w sytuacjach szczególnych które mogą pojawić się w trakcie pracy. /**TEST PRZYKŁADOWY**/ !! | **(Wypełnia Komisja Stypendialna NRL)** |

Oświadczam, że:

1) nie jestem ukarana/y prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;

2) moje prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty nie zostało zawieszone na mocy właściwej rady lekarskiej, właściwa rada lekarska nie orzekła wobec mnie zakazu wykonywania określonych czynności medycznych;

3) sąd powszechny nie orzekł wobec mnie środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentysty, a także nie zastosowano wobec mnie środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentysty;

4) w dacie składania wniosku nie posiadam zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego.

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności cywilno-prawnej za przedstawienie nieprawdziwych informacji.

Data i podpis wnioskodawcy ………25.06.2019………………………….

**Oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Naczelną Izbę Lekarską z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych w podanym we wniosku zakresie niezbędnych do: przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium oraz informowania o działalności Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie przyznawania stypendiów.



...25.06.2019................................

(data, podpis)

**Obowiązek Informacyjny**

**Administrator Danych**

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.

**Podstawa prawna i cel przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej, wypłaty i rozliczenia stypendium, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO a w przypadku jego przyznania, również w celach finansowo – księgowych na podstawie art.6 ust 1 lit c RODO. Podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, stanowi jednak wymóg przyznania stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej i jest konieczne do jego wypłaty i rozliczenia. Podany numer telefonu może nam posłużyć do kontaktu z Państwem jeśli zajdzie taka potrzeba, jednak podanie tych danych nie jest warunkiem koniecznym przyznania stypendium. Państwa imię i nazwisko wraz z przygotowanym sprawozdaniem merytorycznym z odbytego stażu może zostać zamieszczone na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej w celach informacyjnych i sprawozdawczych z działalności stypendialnej Naczelnej Izby Lekarskiej.

**Odbiorcy danych**

Podmioty, którym powierzono przetwarzanie Państwa danych osobowych, należą do kategorii dostawców rozwiązań infrastrukturalnych oraz podwykonawców . Podmioty te mogą przetwarzać Państwa dane osobowe w myśl RODO w Państwie Trzecim. Podmioty te mogą również wykorzystywać do przetwarzania Państwa danych osobowych dalsze podmioty, które przetwarzać je będą w państwie trzecim. W przypadku przekazywania danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy administrator zapewni, aby dane były przekazywane z zapewnieniem odpowiednich standardów zabezpieczeń  (standardowe klauzule umowne, wiążące reguły korporacyjne)

**Okres przetwarzania danych**

Podane przez Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie przez okres niezbędny tj.

1. w przypadku osób, którym nie zostało przyznane stypendium NRL – przez okres 1 roku od daty zakończenia postępowania o udzielenie stypendium,
2. w przypadku osób, którym przyznano stypendium - przez okres kiedy wydatki związane z przyznaniem i wypłatą stypendium mogą być kontrolowane na mocy przepisów prawa tj. przez okres 5 lat od daty przedstawienia rozliczenia stypendium NRL.

**Prawa osób, których dane są przetwarzane**

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jeżeli uważają państwo, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem przepisów RODO, można wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Jeśli potrzebują Państwo dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub chcą Państwo skorzystać z przysługujących praw, można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (e-mail: iod@hipokrates.org).

Oświadczam , że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.



26.05.2019…………………………………………….

Data i podpis

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Wysokość diety - 140 zł/dzień. Proszę określić liczbę dni oraz przemnożyć przez 140 zł. Podać całkowitą wartość. [↑](#footnote-ref-2)
3. Koszty przelotów samolotowych, opłaty za paliwo - może wynieść do 15% całkowitej wnioskowanej sumy. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku występowania opłaty kursu, warsztatu lub stażu koszt noclegu/hotelu - może wynieść do 15% całkowitej wnioskowanej sumy. [↑](#footnote-ref-4)
5. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-5)
6. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-6)
7. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-7)
8. Nie dotyczy kursów i staży w ramach szkolenia specjalizacyjnego oraz stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty [↑](#footnote-ref-8)