Załącznik nr 1 do Regulaminu

Wzór wniosku o nadanie tytułu MENTORA

**WNIOSEK O NADANIE TYTUŁU MENTORA**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr prawa wykonywania zawodu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adres do korespondencji:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DANE KANDYDATA DO TYTUŁU:**

Imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr prawa wykonywania zawodu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tytuł zawodowy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stopień i/lub tytuł naukowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Uzasadnienie wniosku** (opis szczególnych zasług w przekazywaniu wiedzy i kwalifikacji zawodowych, w podejściu do początkujących adeptów sztuki lekarskiej i lekarsko-dentystycznej lub w organizacji szkolenia i doszkalania lekarzy i lekarzy dentystów):

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

--------------------------------------------

/data i czytelny podpis/

*Administratorem danych osobowych jest* ***Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie****, z siedzibą przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel. kontaktowy: 91 487 49 36 (centrala); e-mail:* *biuro@oil.szczecin.pl* *. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji obowiązków wynikających z* ***Regulaminu przyznawania tytułu „Mentora”*** *i oparte są na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej art. 6 ust. 1 pkt. c)RODO. Podanie danych jest niezbędne do realizacji celu. Odmowa podania danych uniemożliwi rozpatrzenie przedmiotowego wniosku. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia,* ***w granicach określonych przepisami prawa,*** *wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa, kontaktowania się z* ***Inspektorem ochrony danych OIL w Szczecinie*** *we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych,**e-mail: iod@oil.szczczecin.pl*