

Miejscowość:
Wpisz swoją miejscowość.

Data:
Wpisz datę sporządzenia dokumentu.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KURSU

w celu uzyskania punktów edukacyjnych

Ja, niżej podpisany/a:

Imię (imiona) i nazwisko:
Wpisz imię i nazwisko uczestnika.

Data urodzenia:
Wpisz datę, format: dd/mm/rrrr.

Indywidualny identyfikator wpisu:
Wpisz identyfikator wpisu.

Nazwa i miejsce wykonywania zawodu:
.....
np. Nazwa placówki/ Oddział/ Miejscowość.

Okres edukacyjny rozpoczęty dnia:
Wpisz datę, format: dd/mm/rrrr.

Numer karty rozwoju zawodowego:
Wpisz numer karty.

Adres e-mail:
Wpisz adres e-mail uczestnika kursu.

niniejszym oświadczam, że jestem osobą, za którą się podaję i osobiście uczestniczyłem/am w kursie online zakończonym testem:

Nazwa kursu:
Wpisz tytuł kursu.

Data ukończenia:
Wpisz datę, format: dd/mm/rrrr.

Jestem świadomy/a, że podanie nieprawdziwych informacji może skutkować unieważnieniem zdobytych punktów edukacyjnych oraz podjęciem stosownych kroków prawnych. Jednocześnie potwierdzam, że wszelkie dane podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Podpis uczestnika kursu:

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO) informujemy, że:

1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych jest Future Investment Patryk Jakubek z siedzibą w Dzierżoniowie, przy ulicy Tadeusza Kościuszki 7 lokal 6, e-mail: rodo@f100.pl.

2. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą **w celu**:

- weryfikacji uczestnictwa w kursie,
- wystawienia zaświadczenia o przyznanych punktach edukacyjnych,
- realizacji innych obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów (m.in. prowadzenie dokumentacji w zakresie rozwoju zawodowego osób wykonujących zawody medyczne).

3. **Podstawą prawną** przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO (wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w szczególności w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne) oraz – w zakresie nieobjętym przepisami prawa – art. 6 ust. 1 lit. b RODO (niezbędność do wykonania umowy/realizacji usługi).

4. **Odbiorcami** Pana/Pani danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty współpracujące z Administratorem w zakresie obsługi administracyjnej i prawnej (np. dostawcy systemów informatycznych), w zakresie niezbędnym do realizacji ww. celów.

5. **Dane osobowe** będą przechowywane przez okres trwania obowiązku prawnego przechowywania dokumentacji związanej z rozwojem zawodowym oraz przez okres wymagany przepisami prawa (np. przedawnienie roszczeń).

6. Przysługuje Panu/Pani **prawo** żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także **prawo** wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Podanie danych osobowych jest **dobrowolne**, jednakże brak ich podania może uniemożliwić potwierdzenie uczestnictwa w kursie oraz wystawienie stosownego zaświadczenia o punktach edukacyjnych.

Podpis uczestnika kursu:

.....