



Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623
NIP: 959-12-91-292, Regon: 000289785
e-mail: szpital@wszkielce.pl
www.wszkielce.pl



**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH NA
POTRZEBY PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO NA
STANOWISKO ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSTWA WOJEWÓDZKIEGO
SZPITALA ZESPOLONEGO W KIELCACH**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)- dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem podanych dobrowolnie danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce.

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie Państwo kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w tym dotyczących realizacji praw przysługujących w związku z przetwarzaniem danych osobowych bezpośrednio na adres poczty elektronicznej: iod@wszkielce.pl

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu na kandydata na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w postępowaniu konkursowym jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zakresie kategorii danych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami lub publicznej placówki oraz trybu pracy komisji konkursowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1515), co stanowi wypełnienie obowiązku prawnego ciążyącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

4. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu oraz podmiotom realizującym archiwizację, obsługę informatyczną i teleinformatyczną. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Szpitala.

5. Pani/Pana dane osobowe w postaci przedłożonych dokumentów będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczącego archiwizacji, tj. 5 lat. Pani/Pana dane zawarte w protokole z prac komisji konkursowej w postaci imienia i nazwiska oraz ilości uzyskanych punktów będą przechowywane wiecznie.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do dotyczących Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych.



Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623
NIP: 959-12-91-292, Regon: 000289785
e-mail: szpital@wszkielce.pl
www.wszkielce.pl



8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości ubiegania się o stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.



Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623
NIP: 959-12-91-292, Regon: 000289785
e-mail: szpital@wszkielce.pl
www.wszkielce.pl



Oświadczenie kandydata dotyczące klauzuli informacyjnej

Dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach.

..... dn.....
(miejscowość, data)

.....
czytelny podpis



Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623
NIP: 959-12-91-292, Regon: 000289785
e-mail: szpital@wszkielce.pl
www.wszkielce.pl



Oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska objętego konkursem

Oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska objętego konkursem na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

..... dn.....
(miejscowość, data)

.....
czytelny podpis