

ANKIETA REKRUTACYJNA

do programu pn. EDUKACJA ZDROWOTNA W ZAKRESIE SZKÓD WYNIKAJĄCYCH ZE SPOŻYWANIA
ALKOHOLU DLA KONSUMENTÓW I ICH OTOCZENIA

realizowanego przez: **Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o.**

Podanie poniższych danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach programu

PROSIMY WYPEŁNIĆ PONIŻSZE TABELI CZYTELNICIE lub DRUKOWANYMI LITERAMI !

Dane osobowe	Imię			
	Nazwisko			
	Wiek			
	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Data urodzenia			
Adres zamieszkania	Ulica i nr budynku/ Nr lokalu			
	Kod pocztowy oraz Miejscowość	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kraj	<input type="text"/>	Województwo	<input type="text"/>
	Powiat	<input type="text"/>	Gmina	<input type="text"/>
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy			
	Adres e-mail			
Pytania ankietowe	Proszę zaznaczyć lub podkreślić wybrane odpowiedzi na następujące pytania*	1. Czy spożywa Pan/Pani codziennie alkohol: TAK / NIE		
		2. Czy uważa Pan/Pani, że spożywanie alkoholu wpływa negatywnie na Pana/Pani życie rodzinne, osobiste lub zawodowe: TAK / NIE		
		3. Czy zdarza się Panu/Pani spożywać regularnie dużą ilość alkoholu w krótkich okresach czasu np. w wolne dni, weekendy: TAK / NIE		
		4. Czy odczuwa Pan/Pani pilną potrzebę spożycia alkoholu w sytuacjach gdzie takie zachowanie jest niedozwolone np. w pracy zawodowej, podczas choroby itp. : TAK / NIE		

* Udzielenie odpowiedzi TAK na pierwsze pytanie lub co najmniej 2 odpowiedzi na TAK w pozostałych pytaniach, upoważnia do udziału w programie.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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. UE L119), zwane „RODO”:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest CENTRUM PRZEDSIĘBIORCZOŚCI CP Sp. z o.o. prowadząca Szpital Powiatowy w Pszczynie, 43-200 Pszczyna, ul. Witolda Antesa 11.
2. Informacje o sposobie i zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu uprawnieniach może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z inspektorem ochrony danych e-mail: iod@szpital.pszczyna.pl lub pisemnie na adres: Szpital Powiatowy w Pszczynie ul. Antesa 11, 43-200 Pszczyna.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w programie, na podstawie art. 9 ust. 2, lit. a i h RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas nieograniczony.
5. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - prawo dostępu do danych osobowych,
 - prawo żądania sprostowania/poprawienia danych osobowych,
 - prawo żądania usunięcia danych osobowych,
 - prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do udziału w programie.

Jeśli uzna Pani/Pan, iż przepisy rozporządzenia zostały naruszone przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenia:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Podane wyżej informacje są zgodne z prawną i ze stanem faktycznym na dzień wypełnienia ankiety.

Wyrażam zgodę na mój udział w programie pn. EDUKACJA ZDROWOTNA W ZAKRESIE SZKÓD WYNIKAJĄCYCH ZE SPOŻYWANIA ALKOHOLU DLA KONSUMENTÓW I ICH OTOCZENIA.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. moich danych osobowych, podanych w ankiecie rekrutacyjnej w celu udziału w programie.

Zgoda może zostać przez Panią/Pana wycofana w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej się do programu