

AKTUALIZACJA DANYCH

Łódź, dnia

Pan/Pani

.....
.....

Specjalizacja w zakresie

.....
.....

(data rozpoczęcia specjalizacji)

Zmiana dotyczy **(proszę o wpisanie danych TYLKO tej części, która ulegnie zmianie)**

1. Imię i Nazwisko
2. Adres zamieszkania, nr telefonu
3. Adres do korespondencji
4. Nazwa i adres podmiotu, w którym odbywany będzie staż specjalizacyjny*

*proszę zaznaczyć właściwy punkt:

Specjalizacja odbywa się:

1. Na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym podstawowy staż na czas nieokreślony lub określony, równy okresowi trwania specjalizacji
 2. Na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem, niż podmiot prowadzący podstawowy staż i płatnego urlopu szkoleniowego na czas realizacji podstawowego stażu
 3. Na podstawie umowy cywilno-prawnej zawartej na czas trwania specjalizacji z podmiotem prowadzącym podstawowy staż specjalizacyjny
 4. W ramach poszerzonego o program specjalizacji programu dziennych studiów doktoranckich
5. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji, adres miejsca pracy i numer kontaktowy

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności karnej.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi zgodnie z przepisami rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.UE.L.2016.119.1

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
(Podpis i pieczęć pracownika
Centrum Kształcenia Podyplomowego)