****

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ   
O ZATRUDNIENIE W SZPITALU W KNUROWIE SP. Z O. O.**

Z SIEDZIBĄ W KNUROWIE (44-190) PRZY ULICY NIEPODLEGŁOŚCI 8

NIP: 969-155-41-18, REGON: 241297217

1. **Imię (imiona) i nazwisko** ......................................................................................................
2. **Nr telefonu** ……………………… lub **e-mail** …………………………………………...
3. **Data urodzenia** .....................................................................................................................
4. **Obywatelstwo** .......................................................................................................................
5. **Adres do korespondencji** ....................................................................................................

.......................................................................................................................................................

1. **Wykształcenie** .......................................................................................................................

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

1. **Wykształcenie uzupełniające** ..............................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

1. **Przebieg dotychczasowego zatrudnienia** ............................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

1. **Dodatkowe uprawnienia, umiejętności**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)

................................................. ...................................................................

(miejscowość i data) (podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej kwestionariuszu osobowym osoby ubiegającej się o zatrudnienie w zakresie:

* **ubieganie się kandydata o zatrudnienie** *[zakres przetwarzanych danych powinien być zdefiniowany, jeżeli nie wynika wprost z formularza, pod którym zgoda jest zamieszczona]*
* **przez** **Szpital w Knurowie Sp. z o. o 44-190 Knurów ul. Niepodległości 8** *[nazwa administratora danych i jego adres]*
* **w celu prowadzonej rekrutacji** *[cel przetwarzania danyc*h*]*.

……………………….………………….……………

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne w celu realizacji prowadzonej rekrutacji i nie rodzi żadnych konsekwencji wynikających z niepodania danych osobowych.
2. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest *Szpital w Knurowie Sp. z o.o. 44-190 Knurów ul. Niepodległości 8*
3. Może Pan/Pani w każdej chwili skontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych osobowych pod adresem e-mail: ***iod@szpitalknurow.pl***
4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pan/Pani zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych).
5. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
6. Przysługuje Panu/Pani również prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych dokonywane jest z naruszeniem przepisów ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.
8. Administrator danych osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych.
9. Administrator danych osobowych nie planuje przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w jaki dane osobowe zostaną zebrane.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania rekrutacji.

*………………………………………..…………………………………..*

*Data i podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie*

……………………..….. Knurów, dnia ……………..

Nazwisko i imię

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla celów przyszłych procesów rekrutacji prowadzonych przez Szpital w Knurowie Sp. z o.o. (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz, że mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.

…………………………………………….

(data i podpis kandydata)