

 **POLSKIE TOWARZYSTWO UROLOGICZNE**

Ul. Łowicka 19, 02-574 Warszawa

 Tel. 601 919 271; (22) 845 69 19; Email: biuro@ptu.net.pl

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W EGZAMINIE**

***(pisemnym / ustnym)***

**SPECJALIZACYJNYM Z UROLOGII W ROKU ………….**

*Proszę o wypełnienie w WORDZIE wszystkich punktów formularza i odesłanie go do siedziby PTU wraz z pozostałymi dokumentami*

Imię (imiona) i nazwisko – **……………………………………………………**

Data i miejsce urodzenia – **……………………………………………………**

PESEL - **………………………………….** Obywatelstwo - **…………………………………….**

Adres zamieszkania – **……………………………………………………………………………………**

Adres do korespondencji - **………………………………………………………………………….**

Telefon - **+48 …………………………….** Email – **………………………………………………..**

Miejsce pracy – **……………………………………………………………………………………………….**

Jednostka, w której Kandydat odbywał szkolenie specjalizacyjne (nazwa, adres) - **………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Posiadana specjalizacja - **………………………………………………………**

Uczelnia, nr i data uzyskania dyplomu – **Wydział ……………………….., Uniwersytet Medyczny w ……………………………., dyplom nr ……………………. uzyskany dnia ……………………………**

Prawo wykonywania zawodu lekarza nr **……………………….** wydane przez **………………… Izbę Lekarską w ……………………. w dniu ………………………………..**

Tryb szkolenia - ……………………………………..

Tytuł, imię i nazwisko kierownika specjalizacji – **…………………………………………………..**

Email i nr telefonu do kierownika specjalizacji - **…………………………………………………………**

Data rozpoczęcia i planowanego zakończenia studiów specjalizacyjnych z urologii

…………………………………………………………………………….

Skrócenie stażu (o ile miesięcy?) – …………………………………………………

Przystąpienie do egzaminu po raz **pierwszy** / drugi / trzeci (zaznaczyć lub wpisać odpowiednio)

**Wyrażam zgodę** **na przetwarzanie moich danych osobowych** **przez Polskie Towarzystwo Urologiczne z siedzibą w Warszawie 02-574, przy ulicy. Łowickiej 19, w celu i zakresie niezbędnym dla potrzeb rejestracji udziału w egzaminie specjalizacyjnym z urologii.**

Miejscowość, data (dd.mc.rok) i podpis lekarza –

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku, jako administrator danych osobowych, informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Urologiczne z siedzibą w Warszawie 02-574, ul. Łowicka 19. Odbiorcami danych są: European Board of Urology z siedzibą w Holandii oraz Centrum Egzaminów Medycznych. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a, zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięciu lat. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rejestracji udziału w egzaminie specjalizacyjnym z urologii.

***Oświadczam, że lekarz spełnia warunki formalne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2005 w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213 poz. 1779) konieczne do przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego z urologii.***

……………………………………………………………….

*Pieczęć i podpis kierownika specjalizacji*