

Ja,(czytelnie imię i nazwisko)

w związku z ubieganiem się o zatrudnienie w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KPR moich danych osobowych wymienionych w Art. 22 1. §§ 1, 2 i 4 Kodeksu Pracy (Ustawa z dn.26.06.1974, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz.108) oraz innych danych wymaganych przepisami prawa w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji procesu rekrutacji.

W przypadku niezatrudnienia mnie w obecnym procesie rekrutacji *(niepotrzebne skreślić)*:

- wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych przez okres i ewentualne wykorzystanie ich w celu rekrutacji w przyszłości;
- nie wyrażam zgody na dalsze ich przechowywanie.

dn.....

.....

(podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz.1000), informuję iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Krakowie, ul. Łazarza 14, 31-530 Kraków;
- inspektorem ochrony danych osobowych w KPR jest Ewa Grohs, e-mail: iod@kpr.med.pl;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z Art.6 ust 1c Rozporządzenia UE w celach związanych z procesem rekrutacyjnym w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procesu rekrutacji, a następnie przez okres wskazany w powyższej zgodzie;
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania danych wymaganych przepisami prawa może skutkować niezatrudnieniem w KPR;
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jednak cofnięcie zgody może skutkować niezatrudnieniem w KPR;
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego Rozporządzenia PE o ochronie danych osobowych.

**Deklaracja woli zatrudnienia w ramach umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej
w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym w przypadku objęcia działaniem MS w Olkuszu,
Wolbromiu, Hutkach**

Imię nazwisko.....

Dane kontaktowe:

telefon.....

e-mail.....

Zawód i posiadane kwalifikacje (odpowiednie podkreślić):

- 1) Lekarz systemu
- 2) **Pielęgniarka systemu**
 - a) z 5-cio letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wymagane zgodnie z art. 36 pkt 5 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym do pełnienia funkcji Kierownika Zespołów Ratownictwa Medycznego.
 - b) Nie posiadam stażu określonego w punkcie a
- 3) **Ratownik medyczny:**
 - a) z 5-cio letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wymagane zgodnie z art. 36 pkt 5 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym do pełnienia funkcji Kierownika Zespołów Ratownictwa Medycznego.
 - b) Nie posiadam stażu określonego w punkcie a
- 4) **Pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia ambulansu**
 - c) z 5-cio letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wymagane zgodnie z art. 36 pkt 5 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym do pełnienia funkcji Kierownika Zespołów Ratownictwa Medycznego.
 - d) Nie posiadam stażu określonego w punkcie a
- 5) **Ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia ambulansu**
 - a) z 5-cio letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wymagane zgodnie z art. 36 pkt 5 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym do pełnienia funkcji Kierownika Zespołów Ratownictwa Medycznego.
 - b) Nie posiadam stażu określonego w punkcie a

Preferowana forma zatrudnienia: (odpowiednie podkreślić):

- a) umowa o pracę
- b) umowa zlecenia
 - a) prowadzę działalność gospodarczą
 - b) nie prowadzę działalności gospodarczej

c) umowa o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych (kontrakt)

W związku z deklaracją woli nawiązania współpracy prosimy o dostarczenie do Działu Służby Pracowniczej Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego pokój 215 lub pokój 214 następujących dokumentów:

Dokumenty wymagane (kserokopie):	lekarz	pielęgniarka systemu	pielęgniarka systemu kierująca ambulansem	ratownik medyczny	ratownik medyczny kierujący ambulansem
Prawo wykonywania zawodu	x	x	x		
Dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub karta szkolenia specjalizacyjnego	x				
Dyplom uzyskania tytułu ratownika medycznego				x	x
Dyplom pielęgniarki specjalisty lub zaświadczenie o rozpoczęciu wymaganej specjalizacji		x	x		
Zaświadczenie o ukończenie kursu kwalifikacyjnego w odpowiedniej dziedzinie wraz z zaświadczeniem o posiadaniu 3 letniego stażu pracy w odpowiednich oddziałach		x	x		

Zakończone Karty Doskonalecia Zawodowego Ratownika Medycznego				x	x
Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym			x		x
Prawo jazdy			x		x
Wydruk CEIDG (w przypadku umowy na działalność)	x	x	x	x	x
Wydruk księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku umowy na działalność)	x	x	x		
Polisa OC (dotyczy umów zlecenia i kontraktowych)	x	x	x	x	x