# WNIOSEK ZGŁOSZENIA DO EGZAMINU

W RAMACH SZKOLENIA W DZIEDZINIE UZALEŻNIEŃ

**SESJA JESIEŃ 2025 (N)**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES KORESPONDENCYJNY |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| MIEJSCE URODZENIA |  |
| NUMER PESEL, a w przypadku jego braku – NUMER DOKUMENTU potwierdzającego tożsamość i datę urodzeniajego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia; |  |
| WYKSZTAŁCENIE |  |
| NAZWA PODMIOTU SZKOLĄCEGO |  |
| DATA ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA |  |
| UBIEGAM SIĘ O PRZYSTĄPIENIE DO EGZAMINU W ZAKRESIE:*(zaznaczyć krzyżykiem)* | **** Specjalista | **** Instruktor |
| POSIADAM CERTYFIKAT INSTRUKTORA I UBIEGAM SIĘ O TYTUŁ SPECJALISTY | **** TAK | **** NIE |
| PODCHODZĘ DO EGZAMINU*(zaznaczyć krzyżykiem)* | **** pisemnego i ustnego | **** tylko ustnego |
| ZAKRES PRZEDKŁADANEGO STUDIUM PRZYPADKU | **** dotyczy osoby uzależnionej | **** dotyczy osoby bliskiej osoby uzależnionej |
| PODCHODZĘ DO EGZAMINU*(zaznaczyć krzyżykiem)* | **** pierwszy raz | **** w ramach poprawki |
| SESJA PODCZAS KTÓREJ PODCHODZIŁEM(AM) DO EGZAMINU PO RAZ OSTATNI:………………………………… |
| **Miejsce na dopisek dla osób ponownie podchodzących do egzaminu:****** Wszystkie dokumenty wymagane do przystąpienia do Egzaminu zostały złożone na sesję egzaminacyjną \* i pozostały w Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. ***\*****proszę podać ostatnią sesję egzaminacyjną, w której wnioskujący brał udział* |

1. **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH w związku z przeprowadzeniem przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom egzaminu końcowego w ramach specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków**

Zgodnie z art. §4 ust. 4 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień oświadczam, że wyrażam zgodęna przetwarzanie przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom danych osobowych udostępnionych we wniosku i w załączonych dokumentach oraz wyników egzaminu końcowego, w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**…………………………………………….**

**(podpis osoby wnioskującej)**

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych**

**Administrator danych oraz informacje kontaktowe:**

Administratorem danych jest Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z siedzibą przy ul. Dereniowej 52/54 02-776 Warszawa, adres e-mail:  kcpu@kcpu.gov.pl (zwane dalej Centrum).

**Inspektor Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisząc na adres siedziby Administratora lub elektronicznie pod adresem odo@kcpu.gov.pl.

**Źródło danych:**

Wniosek zgłoszeniowy do egzaminu oraz załączone do wniosku dokumenty stanowiące

potwierdzenie posiadanych kwalifikacji/uprawnień.

**Cele przetwarzania**

**oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia przez Centrum egzaminu końcowego w zakresie **instruktora terapii uzależnień i specjalisty psychoterapii uzależnień** (podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. poz. 766) oraz w zw. z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469) ) i zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c oraz lit. e 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**Okres przez który dane będą przetwarzane:**

Dane będą przetwarzane do czasu wniesienia pisemnego podania o wycofanie zgody. Jeśli Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do wypełnienia tego obowiązku.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione członkom Komisji Egzaminacyjnej, organizatorowi egzaminu, osobom, które zwrócą się do Centrum z zapytaniem o zakres Państwa uprawnień w obszarze leczenia uzależnień.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratorów, m.in. dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z wytycznymi administratora.

**Prawa osoby, której dane dotyczą:**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych

osobowych, otrzymania kopii tych danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych

osobowych, sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych

w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem – jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej nam zgody – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO. Prawa wymienione powyżej można zrealizować poprzez kontakt z Administratorem.

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora niezgodnie z przepisami RODO.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

Na podstawie Pani/Pana danych osobowych nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

**Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do organizacji międzynarodowych ani do państw trzecich

 **Data i podpis osoby wnioskującej**

 **…………………………………………………………………….………**

## Potwierdzam, że zapoznałam/-em się i akceptuję treść dokumentu pt. „Procedury i zasady organizacji egzaminu certyfikacyjnego przeprowadzanego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, prowadzonego w ramach specjalistycznych szkoleń w zakresie instruktora terapii uzależnień i specjalisty psychoterapii uzależnień”.

**Data i podpis osoby wnioskującej**

**…………………………………………………………………….………**

**Uprzejmie proszę upewnić się czy wszystkie białe pola zostały wypełnione**

**Do wniosku załączam następujące dokumenty** *(proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce)***:**

□ Oryginał lub odpis świadectwa ukończenia szkoły średniej (**dotyczy instruktorów**)

□ Oryginał dyplomu ukończenia studiów wyższych i uzyskania tytułu magistra (**dotyczy specjalistów**) (lub odpis lub kopia notarialnie potwierdzona za zgodność z oryginałem)

□ Oryginał zaświadczenia o ukończeniu części teoretyczno-warsztatowej szkolenia wydany przez podmiot szkolący

□ Oryginał zaświadczenia o zaliczeniu stażu klinicznego wydany przez placówkę stażową

□ Oryginał zaświadczenia o zaliczeniu superwizji klinicznej wydany przez superwizora

□ **Dwa** egzemplarze pracy pisemnej - studium przypadku osoby uzależnionej - w wersji papierowej

□ **Dwa** egzemplarze pracy pisemnej - studium przypadku osoby bliskiej osoby uzależnionej - w wersji papierowej **(jeśli dotyczy)**

□ Oświadczenie o samodzielnym napisaniu pracy (dołączone do studium przypadku)

□ Płytę CD/pendrive z zapisaną wersją elektroniczną studium przypadku lub studiów przypadku jeśli słuchacz składa 2 studia w formacie doc lub pdf

□ Kopia dokumentu potwierdzającego zmianę nazwiska (w przypadku, gdy na złożonych dokumentach widnieje inne nazwisko niż obecnie posiadane)

□ Kopia certyfikatu instruktora terapii uzależnień (w przypadku, gdy osoba przystępująca do egzaminu posiada certyfikat instruktora terapii uzależnień i podchodzi do egzaminu na specjalistę psychoterapii uzależnień)

**Data i podpis osoby wnioskującej**

**…………………………………………………………………….………**

|  |
| --- |
| **Wypełnia Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** |
| □ Zakwalifikowano do egzaminu w zakresie:□ Instruktora terapii uzależnień□ Specjalisty psychoterapii uzależnieńData i podpis:…………………………………………….. | □ Nie zakwalifikowano do egzaminuUzasadnienie:Data i podpis:……………………………………………………. |