# WNIOSEK ZGŁOSZENIA DO EGZAMINU

W RAMACH SZKOLENIA W DZIEDZINIE UZALEŻNIEŃ

**SESJA JESIEŃ 2025 (II)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  | |
| NAZWISKO RODOWE |  | |
| ADRES KORESPONDENCYJNY |  | |
| ADRES E-MAIL |  | |
| NUMER TELEFONU |  | |
| DATA URODZENIA |  | |
| MIEJSCOWOŚĆ URODZENIA |  | |
| WYKSZTAŁCENIE |  | |
| NAZWA PODMIOTU SZKOLĄCEGO |  | |
| MODUŁ SZKOLENIA *(zaznaczyć krzyżykiem)* | **** Moduł I i II | **** Moduł II |
| DATA ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA |  | |
| MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU W RAMACH **MODUŁU I** *(nazwa*  *ośrodka stażowego - wypełnić, jeśli dotyczy)* |  | |
| MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU W RAMACH **MODUŁU II** *(nazwa ośrodka stażowego)* |  | |
| IMIĘ I NAZWISKO SUPERWIZORA |  | |
| 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 |
| 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 przystępujących 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. **Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych w związku z przeprowadzeniem przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom egzaminu końcowego w ramach specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków**

**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](mailto: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 organizacji i przeprowadzenia przez Centrum egzaminu certyfikującego w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnienia (*podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. nr 132, poz. 931) w zw. § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 766) lub 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. 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 osobowe będą przetwarzane do czasu realizacji wyznaczonego powyżej celu, a następnie będą przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa.

**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 w ramach Modułu I wydany przez placówkę stażową (jeśli dotyczy)

□ Oryginał zaświadczenia o zaliczeniu stażu klinicznego w ramach Modułu II wydany przez placówkę stażową

□ Oryginał zaświadczenia o zaliczeniu superwizji klinicznej wydany przez superwizora

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

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

□ Płytę CD/pendrive z zapisaną wersją elektroniczną studium przypadku w formacie doc lub pdf

□ Dokument potwierdzający 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 terapii uzależnień)

**Data i podpis osoby wnioskującej**

**…………………………………………………………………….………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja: (wypełnia Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom)** | |
| □ Zakwalifikowano do egzaminu w zakresie:  □ Instruktora terapii uzależnień  □ Specjalisty psychoterapii uzależnień  Data i podpis: | □ Nie zakwalifikowano do egzaminu  Uzasadnienie decyzji o niezakwalifikowaniu do egzaminu: |