

.....
Miejscowość, dnia

**Wielkopolskie Centrum Pulmonologii
i Torakochirurgii
w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 62
60-569 Poznań**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE USŁUGI

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511).

1. PAŃSTWA DANE TELEADRESOWE:

Imię

Nazwisko

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Imię i nazwisko osoby przybranej (jeśli dotyczy)

.....

2. DANE DO KONTAKTU Z PAŃSTWEM LUB OSOBĄ PRZYBRANĄ

(proszę wybrać formę kontaktu i wypełnić):

Adres e-mail

Numer telefonu (SMS, MMS)

Numer faksu

3. RODZAJ SPRAWY

Proszę opisać krótko sprawę, jaką chcą Państwo załatwić w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, jeśli to możliwe proszę podać nazwę oddziału, zakładu, pracowni czy poradni lub innej komórki organizacyjnej szpitala:

.....

.....

4. METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ

Proszę wybrać i zaznaczyć a) lub b):

a) osoba przybrana

b) tłumacz (proszę wybrać i zaznaczyć):

polskiego języka migowego (PJM),

systemu językowo-migowego (SJM)

sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

5. DOKUMENTY POTRZEBNE DO ZAŁATWIENIA SPRAWY I FORMA ICH PRZEKAZANIA:

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

6. TERMIN SPOTKANIA

(UWAGA! Formularz należy przesłać lub złożyć co najmniej 3 dni robocze przed spotkaniem)

Dzień (data)

Godzina

7. INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ

Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika szpitala, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Państwa sposobu komunikowania się z placówką w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

Ważne!

Jeżeli chcą Państwo skorzystać bezpłatnie ze świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGRN proszę zabrać ze sobą orzeczenie lub zaświadczenie potwierdzające uprawnienie.

.....
Data i podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu , ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań.

Można się z nami skontaktować poprzez:

e-mail: sekretariat@wcpit.org

fax 61 663 10 89

2. Informujemy, że Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji zgłoszenia zapotrzebowania na usługę tłumaczenia języka migowego podczas wizyty w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, a także archiwizacji.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającym z ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych listownie pod adresem administratora danych, lub elektronicznie poprzez e-mail: daneosobowe@wcpit.org
5. Państwa dane osobowe będziemy przechowywać wieczyście, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną, o której mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Przysługuje Państwu prawo do usunięcia danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub wynika to wymogu prawa, lub gdy dane są już niepotrzebne do przetwarzania danych.
7. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Przysługuje Państwu prawo do przenoszenia danych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub są niezbędne do zawarcia umowy oraz gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
9. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
10. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w związku z Państwa sytuacją szczególną o ile przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do zrealizowania zadania w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej.
11. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o ile uważają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z prawem.
12. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora danych osobowych w zakresie serwisu i wsparcia systemów

informatycznych, utylizacji dokumentacji niearchiwalnej, przekazywania przesyłek pocztowych, osób świadczących usługi tłumacza PJM .

13. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji oraz profilowania.

ADNOTACJE URZĘDOWE

Miejsce spotkania:

Ustalony termin spotkania:

Usługę świadczyć będzie

Pracownik/Pracowniczka Urzędu

(imię i nazwisko):.....

Tłumacz/Tłumaczka

(imię i nazwisko):

Inne:

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

.....

Data i podpis