

**REGULAMIN REALIZACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH/ĆWICZEŃ
KLINICZNYCH/PRAKTYK ZAWODOWYCH/WAKACYJNYCH
LUB INNYCH FORM KSZTAŁCENIA
W STOBRAWSKIM CENTRUM MEDYCZNYM Sp. z o.o.
DLA STUDENTÓW/STAŻYSTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH**

§ 1

WSTĘP

1. Realizacja Zajęć dydaktycznych/ćwiczeń klinicznych i praktyk zawodowych/wakacyjnych lub innych form kształcenia, zwanych dalej „Zajęciami”, odbywa się na podstawie umów/porozumień zawieranych przez Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. zwane dalej SCM, z uczelniami wyższymi kształcącymi na kierunkach medycznych.
2. Realizacja Zajęć może odbywać się w trybie indywidualnym na wniosek studenta/stażysty, - załącznik Nr 1
3. Studenci/ stażyści odbywają Zajęcia w miejscu i terminie wynikającym z harmonogramu oraz umowy/porozumienia określonego przez uczelnię lub zgodnie z indywidualnym harmonogramem praktyk/staży.
4. Zapisy niniejszego Regulaminu, w tym użyte w nim pojęcia przywołane w rodzaju męskim mają odpowiednie zastosowanie do osób uczestniczących w Zajęciach, bez względu na ich płeć.

§ 2

PRAWA I OBOWIĄZKI STUDENTA/STAŻYSTY

1. Student/stażysta, niezależnie od podstawy odbywania Zajęć, jest zobowiązany w dniu rozpoczęcia Zajęć i przez cały okres jego trwania:

- 1) posiadać aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych
- 2) posiadać ubezpieczenie OC i NNW zawarte indywidualnie bądź poprzez przystąpienie do grupowego ubezpieczenia zawartego przez Uczelnię z ubezpieczycielem na cały czas trwania zajęć i obejmujące swoim zakresem Zajęcia w Szpitalu.

Brak któregokolwiek z dokumentów wymienionych w ust.1 pkt. 1 lub 2, skutkuje niemożnością przystąpienia do Zajęć lub ich kontynuowania.

2. Student/stażysta ma obowiązek przestrzegać zapisów niniejszego Regulaminu, a także innych regulacji określonych przez SCM i Uczelnię, dotyczących organizacji i realizacji Zajęć oraz przebiegu studiów.

3. Student/stażysta zobowiązany jest:

- 1) przed rozpoczęciem Zajęć zapoznać się z obowiązującymi na terenie SCM regulaminami i procedurami (m.in. dotyczącymi organizacji świadczeń zdrowotnych, przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony danych osobowych, praw pacjenta, standardów ochrony małoletnich, obsługi urządzeń medycznych na danym stanowisku pracy);
- 2) przed rozpoczęciem Zajęć odbyć szkolenie wstępne z zakresu BHP, szkolenie w zakresie zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, procedur epidemiologicznych oraz szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych i praw pacjenta. Szkolenia odbywać się będą w każdy poniedziałek o godz. 8.30 w siedzibie SCM. Dodatkowo, raz w miesiącu, odbywać się będzie szkolenie w trybie on-line, w terminie uzgodnionym z uczelnią.
- 3) zachować tajemnicę zawodową oraz przestrzegać etyki zawodowej;
- 4) wykonywać wszelkie polecenia wydawane bezpośrednio przez osobę prowadzącą Zajęcia;
- 5) wykonywać wszelkie czynności zawodowe pod kierunkiem i za zgodą osoby prowadzącej Zajęcia, a podczas jej nieobecności – pod nadzorem osoby wyznaczonej przez osobę prowadzącą;
- 6) na bieżąco prowadzić wymaganą dokumentację niezbędną do realizacji procesu kształcenia;
- 7) dbać o bezpieczeństwo i godność Pacjenta;
- 8) wykazać dbałość o aparaturę i sprzęt w placówce;
- 9) przestrzegać zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz aktualnie obowiązujących zasad epidemiologicznych;
- 10) z troską traktować Pacjentów oraz rzetelnie wywiązywać się z powierzonych zadań;

4. Student ma prawo:

- 1) dostępu do właściwie zorganizowanego procesu kształcenia podczas Zajęć, zgodnego z programem studiów;
- 2) do przerwy na spożycie posiłku w miejscu i czasie wyznaczonym przez osobę odpowiedzialną za przebieg Zajęć;
- 3) do obiektywnej oceny postępów w nauce.

§ 3

REALIZACJA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

1. W momencie rozpoczęcia i podczas realizacji Zajęć w SCM student/stażysta jest zobowiązany posiadać:

- 1) niezbędną odzież ochronną i obuwie;
- 2) identyfikator ;
- 3) dokumentację wymaganą na danym poziomie kształcenia;
- 4) potwierdzenie spełnienia obowiązku zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi oraz obowiązku szkoleniowego, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt. 1 i 2

2. Na Zajęciach w SCM studentów/stażystów obowiązują następujące zasady:

- 1) student/stażysta punktualnie zgłasza się na Zajęcia zgodnie z terminami i grupami wskazanymi w grafiku Zajęć lub w umowach/porozumieniach;
- 2) student/stażysta zakłada czystą odzież roboczą i obuwie po przyjeździe do szpitala w wyznaczonym pomieszczeniu;

- 3) student/stażysta oczekuje na wskazanie miejsca odbywania Zajęć i przekazanie niezbędnych informacji dotyczących udziału w Zajęciach w miejscu uzgodnionym z opiekunem lub w holu głównym szpitala;
 - 4) studentowi/stażystce zabrania się noszenia zegarków oraz biżuterii;
 - 5) studentowi/stażystce zabrania się malowania paznokci, noszenia sztucznych paznokci i tipsów. Paznokcie powinny mieć długość niewystającą poza opuszkę palca.
 - 6) studenta/stażystę obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, zażywania narkotyków i innych substancji odurzających;
 - 7) studenta/stażystę obowiązuje zakaz korzystania z telefonu komórkowego oraz fotografowania i nagrywania obrazów lub dźwięków;
 - 8) student/stażysta jest zobowiązany zabezpieczyć wodoodpornym opatrunkiem skaleczenia i otarcia skóry rąk;
 - 9) w trakcie trwania Zajęć student/stażysta nie może bez zgody osoby prowadzącej Zajęcia opuszczać placówki.
3. Osoba prowadząca Zajęcia ma prawo nie przyjąć na Zajęcia w SCM studenta/stażystę niespełniającego wymagań, o których mowa w ust. 1 i 2, zaś w razie dopuszczenia do udziału w Zajęciach student/stażysta ponosi odpowiedzialność za skutki wywołane naruszeniem przez niego zasad niniejszego regulaminu.

§ 4

NIEOBECNOŚCI

1. Obecność studenta/stażysty na Zajęciach jest obowiązkowa. W przypadku absencji chorobowej (udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim do wglądu) lub nieobecności z innych przyczyn uzasadnionych zdarzeniami losowymi, student/stażysta zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania opiekuna Zajęć.
2. Student/stażysta jest zobowiązany do odpracowania opuszczonych godzin zgodnie z procedurami obowiązującymi na Uczelni, a sposób i termin wyrównania zaległości powstałych wskutek nieobecności studenta/stażysty na Zajęciach określa opiekun Zajęć.

§ 5

OCENIANIE I ZALICZENIE ZAJĘĆ

1. Zaliczanie Zajęć odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Uczelni, sylabusach poszczególnych przedmiotów.
2. Spełnienie obowiązku zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi oraz obowiązku szkoleniowego, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt. 1 i 2 następuje po zapoznaniu się z regulacjami oraz materiałami szkoleniowymi i odpowiednio:
 - a) po potwierdzeniu przez prowadzącego udziału w szkoleniu
 - b) po złożeniu oświadczenia o zapoznaniu się z udostępnionymi materiałami
 - c) przedstawieniu opiekunowi kompleksowo wypełnionej karty obiegowej.

§ 6

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania przez Prezesa Zarządu SCM .
2. Zapoznanie się z niniejszym Regulaminem, w tym z materiałem szkoleniowym, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt. 2, student/stażysta potwierdza na piśmie zgodnie z oświadczeniem stanowiącym *załącznik Nr 2 do Regulaminu*.



PREZES ZARZĄDU

Bartłomiej Orpel

Kup, dnia... .. 20...r.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....

.....
(adres korespondencyjny, telefon kontaktowy)

.....

.....
(uczelnia, wydział)

**Stobrowskie Centrum Medyczne
sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup**

Wniosek o zgodę na podjęcie praktyki zawodowej w trybie indywidualnym

W imieniu własnym, zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki
studenckiej z zakresu

W.....,
(nazwa komórki działalności leczniczej)

w terminie od dnia 20...r. do dnia 20...r.

.....
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki:

Na opiekuna praktyki wyznaczam:

Wyrażam zgodę na pełnienie
funkcji opiekuna praktyki

.....
(podpis i pieczętka)

.....

.....
(podpis i pieczętka)

POUFNOŚĆ I DANE OSOBOWE

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że w związku z uczestnictwem w Zajęciach mogę wejść w posiadanie danych poufnych i danych wrażliwych. **Oświadczam**, że zostałam/em zapoznana/y z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) - RODO, oraz z wydanymi na jego podstawie zarządzeniami, Polityką ochrony danych, oraz innymi procedurami i dokumentami z zakresu ochrony danych osobowych.

Zobowiązuję się nieodwołalnie do zachowania w tajemnicy i nieujawniania, ani nieprzekazywania osobom trzecim:

1. jakichkolwiek informacji o charakterze poufnym, uzyskanych przeze mnie w trakcie odbywania Zajęć na terenie Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.
2. jakichkolwiek informacji związanych z pacjentami, w tym ich danych osobowych i danych wrażliwych uzyskanych przeze mnie w trakcie odbywania Zajęć na terenie Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.
3. jakichkolwiek informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa oraz danych finansowych czy organizacyjnych związanych z SCM sp. z o.o., uzyskanych przeze mnie w trakcie odbywania Zajęć na terenie Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

.....
(data i podpis uczestnika Zajęć)

Zobowiązuję się do:

1. zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp w związku z odbywaniem praktyk zawodowej;
2. niewykorzystywania danych osobowych w celach pozasłużbowych o ile nie są one jawne;
3. przestrzegania informacji stanowiących tajemnicę szpitala tajemnicy, w tym również tajemnicy informacji związanych z pacjentem;
4. zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych o ile nie są one jawne;
5. nie wnoszenia dokumentacji zawierającej dane osobowe na zewnątrz poza teren Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Kup.
6. przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi Administratora danych;
7. nie instalowania na powierzonym sprzęcie dodatkowych aplikacji i oprogramowania niezgodnych z Polityką ochrony danych;
8. zabezpieczenia powierzonego sprzętu IT poprzez używanie haseł;
9. do zabezpieczenia danych przed ich:
 - udostępnieniem osobą nieupoważnioną, uszkodzeniem,
 - zabranieniem przez osobę nieuprawnioną;
 - przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa;
 - nieautoryzowaną modyfikacją;
 - utratą, zniszczeniem;
10. wykorzystywania informacji poufnych oraz stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa jedynie do wykonywania powierzonych obowiązków w ramach odbywanych praktyk, a po ich zakończeniu zobowiązuję się do zwrotu Organizatorowi praktyk wszelkich dokumentów i innych materiałów dotyczących tajemnicy przedsiębiorstwa jakie zostały przeze mnie sporządzone, zebrane, opracowane lub otrzymane w czasie odbywania praktyk, włączając w to kopie, odpisy, a także zapisy na innych nośnikach zapisu, najpóźniej do dnia zakończenia współpracy;
11. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczania, również po ustaniu praktyk;
12. do zwrotu po ustaniu praktyk wszelkich dokumentów i innych materiałów dotyczących danych osobowych, jakie sporządziłem, zebrałem, opracowałem lub otrzymałem w czasie odbywania praktyk, włączając w to kopie, odpisy, a także zapisy na innych nośnikach zapisu, najpóźniej w dniu zakończenia praktyk.

Mam świadomość, iż powyższe zobowiązanie obowiązuje przez okres trwania praktyk oraz po ich zakończeniu.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami, może być uznane przez Organizatora Praktyk za ciężkie naruszenie warunków realizacji umowy,

przypadku poniesienia szkody przez Stobrawskie Centrum Medyczne w Kup Sp. z o.o. ul. Karola Miarki 14, 46 – 082 Kup, wynikające z naruszenia przeze mnie przepisów, regulacji oraz procedur wskazanych w pkt 1 i 2 Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Kup może dochodzić roszczeń na drodze sądowej.

W związku z powyższym **oświadczam**, że przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane swoimi działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie powyższego zobowiązania w trakcie oraz po zakończeniu Zajęć.

.....
(data i podpis uczestnika Zajęć)

KLAUZULA INFORMACYJNA
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W RAMACH NIEODPŁATNYCH PRAKTYK

1. Administrator danych

Szanowni Państwo informujemy, że administratorem Państwa danych jest Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46 – 082 Kup.

2. Cel, podstawa prawna oraz czas przetwarzania danych osobowych

1) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:

- a) organizacji praktyk zawodowych oraz wystawienia zaświadczenia o odbytych praktykach i opinii o praktykancie na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora w związku z realizacją umowy zawartej z uczelnią kierującą praktykanta oraz w związku z ustawą – Prawo o szkolnictwie wyższym;
- b) zapewnienia zasad bhp w miejscu wykonywania praktyk, w szczególności w zakresie przeprowadzenia szkolenia bhp na stanowisku praktykanta, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora polegającego na ochronie interesów w zakresie odpowiedzialności cywilnoprawnej za wypadki na terenie Stobrawskiego Centrum Medycznego (art. 6 ust. 1 lit f RODO w zw. z Kodeksem cywilnym);
- c) bezpieczeństwa fizycznego budynków oraz mienia Stobrawskiego Centrum Medycznego – na podstawie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit f RODO).

3. Ujawnienie danych osobowych oraz odbiorcy danych

- 1) Administrator może ujawnić Państwa dane osobowe:
 - a) gdy taki obowiązek wynika z obowiązujących przepisów prawa.
 - 2) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych poza teren Polski/UE/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

4. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo:

1) dostępu – uzyskania od Administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są jej dane osobowe. Jeżeli dane o osobie są przetwarzane, jest ona uprawniana do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania następujących informacji: o celach przetwarzania, kategoriach danych osobowych, odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane zostały lub zostaną ujawnione, o okresie przechowywania danych lub o kryteriach ich ustalania, o prawie do sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych przysługujących osobie, której dane dotyczą, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania (art. 15 RODO).

2) do otrzymania kopii danych – uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu, przy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, a za kolejne Administrator może nałożyć opłatę w rozsądnej wysokości, wynikającej z kosztów administracyjnych (art. 15 ust. 3 RODO).

3) do sprostowania – żądanie sprostowania dotyczy jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych (art. 16 RODO).

4) do ograniczenia przetwarzania – żądanie ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO), gdy:

- a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych,
- b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
- c) Administrator nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
- d) osoba, której dane dotyczą wniosła sprzeciw wobec przetwarzania - do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.

5. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, z którym można kontaktować się w następujący sposób:

- 1) listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 2) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;
- 3) telefonicznie: (22) 53103 00.

6. Inspektor Ochrony Danych

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw pisząc na adres e-mail: iod@szpital-kup.eu lub pisząc na adres naszej siedziby wskazany w pkt. 1.

7. Informacje o wymogu podania danych

Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym i dotyczy każdej osoby wobec której realizujemy cele opisane w pkt 2.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

9. Akty prawne przywoływane w klauzuli

1. RODO - rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s. 1);

2. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.

.....
Podpis (czytelnie imię i nazwisko)

.....
data