**Porozumienie nr ………………………………………….**

**w sprawie odbywania indywidualnych praktyk zawodowych**

zawarte w dniu ……………….………………… roku pomiędzy

**Akademią Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa**z siedzibą w Gnieźnie, ul. Wrzesińskiej 43-55, 62-200 Gniezno, REGON nr 634603839, nr NIP: 7842273794 reprezentowaną przez **Rektora - prof. dr hab. n. med. Pawła Chęcińskiego,** zwaną dalej
w porozumieniu **Uczelnią lub ANS,**

a

……………………………………………………………………………………………………………….

mieszczącym się przy ………………...……………………………………………………………………..

NIP: ………………………………..,

reprezentowanego przez …………………………………..

zwanym dalej w porozumieniu **podmiotem medycznym,**

o następującej treści:

**§ 1**

1. Akademia Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa kieruje do Podmiotu medycznego, na nieodpłatną i indywidualną praktykę zawodową poniżej wskazanego studenta ANS na studiach stacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo :

***………………………………., nr albumu: ……………………***

w terminie **od ………………………………………… do …………………………………………..**w zakresie (przedmioty realizacji praktyk zawodowych): **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Z ramienia Podmiotu medycznego za organizację kształcenia odpowiada - **………………………………………………………..………**
2. Podmiot medyczny zobowiązuje się realizować praktykę zawodową ww. studenta zgodnie
z przepisami ustawowymi oraz programem praktyk zawartym w Dzienniczku zaliczenia efektów uczenia się - praktyki zawodowe i zajęcia praktyczne (w tym symulacje medyczne) obowiązującym w Uczelni, który to dzienniczek Uczelnia przekaże Podmiotowi medycznemu.
3. Podmiot medyczny zobowiązuje się, że student będzie miał możliwość zastosowania w działaniu praktycznym efektów uczenia się w zakresie wiedzy, osiągnięcia efektów uczenia się w zakresie umiejętności i ukształtowania kompetencji społecznych określonych dla danego roku i kierunku studiów zgodnie z celami praktyk zawodowych.

**§ 2**

1. Podmiot medyczny zobowiązuje się do:
2. udostępnienia odpowiednich stanowisk pracy i sprzętu do realizacji praktyk zawodowych,
3. umożliwienia Uczelni sprawowania nadzoru dydaktycznego nad przebiegiem praktyk zawodowych,
4. zapewnienia studentowi odbywającemu praktykę zawodową opieki przez wyznaczenie ze strony Podmiotu medycznego opiekuna praktyk zaakceptowanego przez Uczelnię,
5. przeprowadzenia dla studenta szkolenia stanowiskowego w zakresie BHP i zakażeń szpitalnych,
6. zapoznania studenta z obowiązującymi w Podmiocie medycznym przepisami i procedurami, a także z odpowiednimi przepisami o ochronie danych osobowych. Z chwilą przekazania przez Uczelnię danych osobowych studenta skierowanego na praktyki zawodowe, Podmiot medyczny staje się Administratorem danych tego studenta/tki Akademii Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa zgodnie z art. 4 pkt 7 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)* – Dz. Urz. UE.L Nr 119, dalej: ”RODO”.
W związku z tym Podmiot medyczny zobowiązuje się do uzyskania od opiekuna praktyki zawodowej podpisu na klauzuli informacyjnej o administratorze danych RODO, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia,
7. zapewnienia studentowi/ na czas realizacji praktyk zawodowych sprzętu ochrony osobistej oraz środków higieny, przewidzianych w przepisach o bezpieczeństwie i higienie pracy.
8. Student zobowiązany jest do zapewnienia sobie na czas odbywania praktyki odzieży i obuwia ochronnego.

**§ 3**

1. Podmiot medyczny może zawrzeć ze studentem odbywającym praktykę zawodową umowę o pracę na okres odbywania praktyki.
2. Podmiot medyczny realizuje niniejsze porozumienie nieodpłatnie, co oznacza, że w związku
z organizacją i prowadzeniem przez Podmiot medyczny praktyki zawodowej studenta wskazanego w § 1 ust. 1 Uczelnia nie ponosi w stosunku do Podmiotu medycznego żadnych kosztów.

**§ 4**

Uczelnia sprawuje nadzór dydaktyczny nad przebiegiem praktyk zawodowych.

**§ 5**

Z ramienia Uczelni opiekunem studentów odbywających praktyki jest Dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu lub jego Z-ca ds. Pielęgniarstwa lub Opiekun praktyk***.***

**§ 6**

Uczestnicy praktyk zawodowych są ubezpieczeni od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz odpowiedzialności cywilnej (OC).

**§ 7**

Strony zobowiązują się do bieżącego informowania o wszystkich kwestiach współpracy, a w szczególności do organizacji kształcenia oraz wykorzystania do celów naukowych informacji uzyskiwanych w toku realizowanego kształcenia praktycznego.

**§ 8**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym porozumieniem mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
2. Wszelkie spory mogące powstać w wyniku realizacji niniejszego porozumienia Strony w pierwszej kolejności postarają się rozwiązać w drodze polubownej, a w razie braku porozumienia właściwym do rozstrzygnięcia sporu będzie sąd powszechny ustalony według siedziby Uczelni.
3. Wszelkie zmiany niniejszego porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Porozumienie zostało sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

 Rektor ANS Podmiot medyczny

 ……………………….. …….……………………………..

*Załącznik :*

1. *klauzula informacyjna RODO*

**Załącznik do Porozumienie w sprawie odbywania indywidualnych praktyk zawodowych**

Klauzula informacyjna RODO

Na mocy art. 14 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (zwane dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Akademia Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego
w Gnieźnie Uczelnia Państwowa ul. Wrzesińska 43-55, 62-200 Gniezno

dane kontaktowe: tel.: 61 4242942, faks: 61 4242942

e-mail: sekretariat@ans-gniezno.edu.pl.

1. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod następującym adresem e-mail: iod@ans-gniezno.edu.pl.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji praktyk zawodowych oraz opieki nad praktykantem (studentem ANS) w …………………………………...

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

1. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie prawnej: art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.
2. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
3. Państwa dane będą przechowywane przez 5 lat od czasu zakończenia praktyk zawodowych.
4. Państwa dane zostały pozyskane od Państwa przełożonego.
5. Macie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, do żądania od administratora danych ograniczenia przetwarzania Państwa danych, ich usunięcia lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych osobowych.
6. Każda osoba ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji praktyk zawodowych.
8. W oparciu o przechowywane dane osobowe nie są podejmowane zautomatyzowane decyzje.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną

…………………..…………………………….

data oraz imię i nazwisko przedstawiciela podmiotu medycznego