*…………………………………………*

*(imię i nazwisko lekarza)*

*…………………………………………………….……*

*(nr Prawa wykonywania zawodu PWZ)*

**OŚWIADCZENIE LEKARZA**

**o gotowości do pełnienia funkcji koronera**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam gotowość pełnienia funkcji koronera na podstawie ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów oraz wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych w postaci:

- imienia i nazwiska,

- specjalizacji,

- adresu do korespondencji, oraz

- danych kontaktowych,

Wojewodzie Pomorskiemu lub Warmińsko-Mazurskiemu celem podjęcia przez te organy czynności zmierzających do zawarcia ze mną umowy na pełnienie funkcji koronera.

**ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r.   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku (*ul. Śniadeckich 33, 80-204 Gdańsk, NIP 5861071748,  
 tel. 58 524 32 00, email:* [*oil@oilgdansk.pl*](mailto:oil@oilgdansk.pl)). Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych *email: d.konieczny@kkkancelaria.pl*.

2. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/ Pana zgody w związku z tworzeniem wykazu lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zgłosili gotowość pełnienia funkcji koronera.

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania do nich dostępu na zasadach i w zakresie przewidzianym przez odpowiednie przepisy, w szczególności właściwy wojewoda.

4. Ma Pani/Pan prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

5. Pani/Pan dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to niezbędne do osiągniecia powyższych celów, przy czym nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy od złożenia oświadczenia.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych prawem.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.

*………………………………………………………………………*

*(data i czytelny podpis lekarza składającego oświadczenie)*