

RELACJE KANDYDATA Z PACJENTAMI I WSPÓŁPRACOWNIKAMI:

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

POSTĘPOWANIE ZGODNE Z ZASADAMI ETYKI ZAWODOWEJ:

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

ZAANGAŻOWANIE W PODEJMOWANIU INICJATYW WŁASNYCH W DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ SŁUŻBY ZDROWIA:

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

UMIEJĘTNOŚĆ NIESIENIA POMOCY LUDZIOM POTRZEBUJĄCYM:

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

PROFESJONALIZM:

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

DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA NA RZECZ ŚRODOWISKA LOKALNEGO:

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

OSIĄGNIĘCIA NA POLU NAUKOWYM:

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

Częstochowa,

.....
Podpis (pieczętka) wnioskodawcy

Oświadczenie kandydata do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im. Doktora Władysława Biegańskiego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Urząd Miasta Częstochowy z siedzibą w Częstochowie, przy ul. Śląskiej 11/13, na potrzeby przeprowadzenia procedury wyłonienia kandydata/kandydatów do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im. Doktora Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowej procedurze.

.....
(Podpis kandydata do Nagrody)