



UNIwersytet JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM

Medyczne Centrum
Kształcenia Podyplomowego

Formularz zgłoszeniowy na kurs doskonalący

„Psychoterapia Praktyczna”

organizowany przez

Uniwersytet Jagielloński- Collegium Medicum Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego

Imię:

Nazwisko:

Posiadane wykształcenie:

potwierdzone kopiami następujących dokumentów (skan dyplomu ukończenia studiów II stopnia)

Adres do korespondencji:

Ulica, nr domu/mieszkania:

Kod pocztowy i miejscowość:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Terminy realizacji kursu w roku 2026: (proszę zaznaczyć miesiąc/miesiące realizacji kursu)

7 stycznia – 3 lutego 2026

4-29 maja 2026

1-28 września 2026

2-27 lutego 2026

1-30 czerwca 2026

1-28 października 2026

2-27 marca 2026

1-28 lipca 2026

2-30 listopada 2026

1-30 kwietnia 2026

3-31 sierpnia 2026

1-30 grudnia 20

UWAGA! w przypadku zmiany terminu szkolenia i/lub zmiany grupy uczestnik zobowiązany jest bezwzględnie poinformować MCKP CM o dokonanych zmianach.

Dane do przelewu:

Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim

31-026 Kraków, ul. Radziwiłłowska 4.

Koszt uczestnictwa w kursie wynosi **550 zł** za miesięczny udział w jednej grupie szkoleniowej.

Wpłatę należy dokonać w terminie co najmniej 14 dni przed rozpoczęciem kursu na rachunek bankowy MCKP CM numer:

03124062921111001111026420 w tytule przelewu proszę podać imię i nazwisko uczestnika, miesiąc/ miesiące za jakie/jaki dokonany został przelew.

DANE DO FAKTURY VAT:

(w celu otrzymania faktury uprzejmie proszę o uzupełnienie poniższych danych)

Pełna nazwa firmy/ imię i nazwisko:

Ulica:

Nr domu/mieszkania:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

NIP:

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)
oraz Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej (OC)

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a:
(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż na czas trwania kursu doskonalącego: „Psychoterapia praktyczna” prowadzonego przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum we współpracy z Katedrą Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum w Krakowie jestem ubezpieczony/ubezpieczona od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz Odpowiedzialności Cywilnej (OC) na czas udziału w kursie w terminie:

od do

- Posiadam polisę ubezpieczeniową NNW nr wystawioną przez obejmującą swoim zakresem:

- Posiadam polisę ubezpieczeniową OC nr wystawioną przez obejmującą swoim zakresem:

Jednocześnie oświadczam, że jestem zobowiązany/zobowiązana do przedłożenia zarówno polisy OC jak i NNW na każde żądanie MCKP CM.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis

**Zobowiązanie Uczestnika
praktyk klinicznych/staży kierunkowych/ kursów o charakterze praktycznym
realizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie**

Imię i nazwisko Uczestnika

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że w związku z odbywaniem przeze mnie zajęć dydaktycznych w ramach Kursu doskonalącego „**Psychoterapia Praktyczna**”, zobowiązuję się w szczególności do:

1. Zapoznania się z materiałem szkoleniowym z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP i ppoż; ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych, przygotowanymi przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie dostępnym na stronie internetowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie pod adresem:

- 1) <https://www.su.krakow.pl/repozytorium-plikow/kariera/szkolenia-kursy/dla-studentow/9323-materialy-szkoleniowe-dla-studentow-praktykantow/file>
- 2) <https://www.su.krakow.pl/repozytorium-plikow/kariera/sekcja-ds-bhp-i-ppoz/149-szkolenie-wstepne-instruktaż-ogólny-dla-studentow-i-praktykantow/file>

Przyjmuję do wiadomości i stosowania zasady zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP i ppoż; ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych obowiązujące w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie zawarte w materiałach szkoleniowych dostępnych na stronach internetowych szpitala;

2. Przestrzegania zasad ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie oraz zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach, sposobów ich zabezpieczenia oraz do nieprzetwarzania tych danych w innych celach, a w szczególności do:
 - 1) przetwarzania danych osobowych udostępnionych w zakresie niezbędnym do realizacji wyłącznie celów dydaktycznych,
 - 2) zachowania tajemnicy zarówno w czasie odbywania zajęć, jak i po ich zakończeniu, jak również po śmierci pacjenta, którego dane dotyczą,
 - 3) nieujawniania ani przekazywania osobom trzecim informacji o charakterze poufnym, o których posiadałam/em wiedzę, lub które otrzymałam/em w trakcie odbywania zajęć na terenie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy wykorzystaniu baz danych Szpitala,
 - 4) dołożenia należytej staranności w celu ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem,
 - 5) zachowania w tajemnicy rodzajów i sposobów zabezpieczenia danych osobowych, w tym systemów informatycznych,
 - 6) zachowania w tajemnicy innych informacji o charakterze poufnym, powziętych w trakcie odbywania zajęć dydaktycznych, w szczególności zabronione jest fotografowanie i nagrywanie pacjenta oraz dokumentacji medycznej,
 - 7) przeciwdziałania naruszeniom ochrony danych osobowych oraz niezwłocznego zgłaszania wszelkich przypadków naruszenia bądź podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych, a także współpracy z Inspektorem ochrony danych w celu wyjaśnienia wszystkich okoliczności naruszenia ochrony danych osobowych.

Zobowiązuję się do stosowania zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP i ppoż; ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

.....
miejscość, data

.....
czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem dostępnym na stronie internetowej: <https://www.mckp.uj.edu.pl/cm/uploads/2025/05/Regulamin-Uczestnictwa.pdf>

.....
miejscość, data, czytelny podpis