**Proszę o wpisanie mnie na listę - osób posiadających** **decyzję Ministra Zdrowia   
o uznaniu dorobku zawodowego lub naukowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie: Psychoterapia uzależnień - publikowaną na stronie konsultanta krajowego https://konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl**

Zaświadczam, że posiadam decyzję ministra zdrowia o uznaniu dorobku zawodowego lub naukowego   
w dziedzinie: Psychoterapia uzależnień: nr decyzji………………….…….. z dnia……...………… roku.

**Dane do udostępnienia, widoczne na stronie konsultantów krajowego i wojewódzkich (**\*wymagane) **:**

1. **Imię i nazwisko****\*:**………………………………………………….……………………………
2. **Numer decyzji\*** …………………………………………………………………….…………..
3. **Tytuł/ stopień naukowy (dyscyplina)\*:**……………………………………………………….
4. **Województwo\*:** ……………………………………………………………………………….
5. **Adres do kontaktu (np. miejsca pracy)** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. **Telefon kontaktowy:** ………………………… **E-mail:**…………………………..……………………
7. **Inne kwalifikacje (certyfikat; inna specjalizacja itp.)**

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

Data: podpis:

**Załączniki:** **skan** decyzji ministra zdrowia o uznaniu dorobku zawodowego i naukowego w dziedzinie ochrony zdrowia: Psychoterapia uzależnień

Niniejszym dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie   
z Rozporządzeniem 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* (zwanym dalej „RODO”) przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień dla celów związanych z udostępnianiem moich danych osobowych (imię, nazwisko, specjalizacja, województwo, wizerunek, tytuł naukowy, dane kontaktowe).

Oświadczam, że wiem, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, a wycofanie zgody   
nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może nastąpić poprzez zgłoszenie mailowe do Konsultanta Wojewódzkiego właściwego dla danego województwa lub administratora strony [https:/.konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl](http://www.konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl) (mail do administratora poprzez stronę internetową).

Data: podpis: