**Paraiška**

***Dėl vienkartinės skatinamosios stipendijos jaunajam medikui skyrimo***

|  |  |
| --- | --- |
| Paraiškos pildymo data: |  |
| Paraiškos pildymo vieta: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Pareiškėjo (-os) duomenys**
 |
|  | Vardas |  |
|  | Pavardė |  |
|  | Gimimo data |  |
|  |
| 1. **Pareiškėjo (-os) kontaktiniai duomenys**
 |
|  | Telefonas |  |
|  | Elektroninio pašto adresas |  |
|  |
| 1. **Pareiškėjo (-os) banko sąskaitos duomenys**
 |
|  | Sąskaitos numeris |  |
|  | Banko pavadinimas |  |
|  |
| 1. **Duomenys apie Pareiškėjo (-os) studijas**
 |
|  | Mokslo ir studijų institucija |  |
|  | Studijų programos pavadinimas |  |
|  | Rezidentūros metai |  |
|  | Skyriaus, kuriame buvo praktikuojama, vadovas |  |
|  | Skyriaus, kuriame buvo praktikuojama, vadovo kontaktiniai duomenys |  |
|  |
| 1. **Informacija apie Pareiškėjo (-os) darbą asmens sveikatos priežiūros įstaigos skyriuje, kuriame buvo gydomi COVID-19 pacientai pandemijos metu**
 |
|  | Darbo laikotarpis (pradžios ir pabaigos datos) |  |
|  | *Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurios atitinkame skyriuje Pareiškėjas (-a) dirbo, pavadinimas* |
|  | *Trumpas vykdyto darbo aprašymas (iki 100 žodžių)*  |

Aš, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , prašau skirti man vienkartinę skatinamąją 150 (vieno šimto penkiasdešimties) eurų dydžio stipendiją už darbą Paraiškos 5.2 punkte nurodytos asmens sveikatos priežiūros įstaigos skyriuje, kuriame buvo gydomi COVID-19 pacientai pandemijos metu.

Prašau pervesti stipendiją į Paraiškos 3 dalyje nurodytą mano nurodytą asmeninę sąskaitą banke.

Patvirtinu, jog šioje Paraiškoje nurodyti duomenys yra teisingi.

Esu informuotas (-a), jog, nedavus sutikimo tvarkyti mano asmeninius duomenis, vienkartinė skatinamoji stipendija negalės būti man paskirta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Pareiškėjo (-os) vardas, pavardė)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Pareiškėjo (-os) parašas)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Data)* |

**SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO**

Aš \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , gimimo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

1. **sutinku**, kad mano asmens duomenys būtų tvarkomi Lietuvos medikų sąjūdžio (juridinio asmens kodas **30471548,** buveinės adresas Jogailos g. 4, Vilnius) (toliau - **Paraiškos gavėjas**), vienkartinės skatinamosios stipendijos skyrimo tikslais;
2. **sutinku,** kad mano asmens duomenys būtų tvarkomi ir saugomi tokį laikotarpį, kuri yra būtinas siekiant paskirti ir išmokėti vienkartinę skatinamąją stipendiją, tačiau ne ilgiau, kaip iki 2022 m. gruodžio 31 d.;
3. **sutinku**, kad Paraiškos gavėjas turi teisę vienkartinės skatinamosios stipendijos skyrimo tikslais tikrinti bei patikslinti šioje Paraiškoje pateiktus mano asmens duomenis bei kitą informaciją kreipdamiesi į šios Paraiškos 4.1 punkte nurodytą mokslo ir studijų instituciją, Paraiškos 4.4. punkte nurodytą vadovą bei 5.2 punkte nurodytą asmens sveikatos priežiūros įstaigą;
4. **esu informuotas (-a)**, kad mano asmens duomenys nebus perduodami tretiesiems asmenims;
5. **esu informuotas (-a)**, kad turiu teisę susipažinti su savo duomenimis, kurie tvarkomi Paraiškos gavėjų, reikalauti ištaisyti neteisingus, neišsamius, netikslius savo asmens duomenis, reikalauti sustabdyti duomenų tvarkymo veiksmus bei reikalauti sunaikinti neteisėtai, nesąžiningai sukauptus mano asmens duomenis bei nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys. Šiuo tikslu galiu kreiptis į Paraiškos gavėją.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Pareiškėjo (-os) vardas, pavardė)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Pareiškėjo (-os) parašas)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Data)* |