

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Kołobrzegu  
ul. Piastowska 9

ogłasza nabór  
na wolne stanowisko pracy:

Specjalista: psycholog

1. Wymagane kwalifikacje:
  - studia magisterskie z przygotowaniem pedagogicznym,
  - niezbędne kwalifikacje do posługiwania się narzędziami diagnostycznym,
  - niezbędne kwalifikacje do prowadzenia zajęć z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i mediacji.
2. Wymiar zatrudnienia:
  - 1 etat.
3. Liczba godzin dydaktycznych:
  - 20 godz.
4. Miejsce zatrudnienia:

Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna w Kołobrzegu  
ul. Piastowska 9  
78-100 Kołobrzeg  
Tel. 9435 445 47
5. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:
  - CV,
  - List motywacyjny.

Termin składania dokumentów **10.08.2018r.** z dołączoną informacją zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych prosimy o przedłożenie dokumentów rekrutacyjnych wraz klauzulą informacyjną (zał. 1) i zgodę na przetwarzanie danych osobowych (zał. 2).

Dostarczane dokumenty prosimy dostarczyć w jednej kopercie opatrzonej napisem: „**Dotyczy naboru na stanowisko Specjalista psycholog**”.

Informujemy, że wszystkie dokumenty zebrane na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji zostaną zniszczone w okresie jednego miesiąca od jego zakończenia.

## Obowiązek informacji

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Kołobrzegu przy ulicy Piastowskiej 9, 78-100 Kołobrzeg (zwaną dalej Poradnią) reprezentowana przez Dyrektora.**

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Poradni – Piotr Łabędź, tel. 94 35 45 447, e-mail **ppp@kolobrzeg.powiat.pl**

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych Poradni.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych Osobowych, oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi Danych Osobowych;

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt i archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych stanowi zgodę na ich przetwarzanie i jest warunkiem rozpatrzenia sprawy/wniosku. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....  
/data i podpis/

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Kołobrzegu przy ulicy Piastowskiej 9,  
78-100 Kołobrzeg reprezentowaną przez Dyrektora.

w celu wzięcia udziału w procesie rekrutacji.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie wniosku o jej wycofanie w siedzibie Poradni.

.....  
/Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę\*/