

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość, tel kom, mail)

.....
(Uczelnia/Szkoła lub Jednostka kierująca/kierunek /rok studiów/nauki)

**Dyrektor Szpitala Powiatowego
im. Prałata J. Głowatzkiego
ul. Opolska 36a, 47-100 Strzelce Polskie**

**Wniosek
o wyrażenie zgody na odbycie praktyki / stażu
w Szpitalu Powiatowym im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Polskich**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki/stażu* z zakresu

..... W
(np. praktyka pielęgniarska / fizjoterapii, itp.) (nazwa komórki organizacyjnej)

okresie od do w Szpitalu Powiatowym w Strzelcach Polskich.
dd/mm/rrrr dd/mm/rrrr

Jestem studentem/ucznem/pracownikiem*
(Uczelnia / Szkoła lub Jednostka Kierująca)

....., roku
(wydział/kierunek/dział) (rok studiów/nauki)

Do w/w. wniosku załączam ponadto:*

1. Imienne skierowanie z uczelni / szkoły / jednostki kierującej.
2. Kopię polisy ubezpieczeniowej od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) i odpowiedzialności cywilnej (OC)
3. Aktualne zaświadczenie o niekaralności wydane przez Krajowy Rejestr Karny
4. Umowę w sprawie prowadzenia studenckiej / uczniowskiej praktyki zawodowej jednostki kierującej.

.....
(podpis Wnioskującego)

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej, w której miałyby odbywać się praktyka / staż:

Na opiekuna praktyki wyznaczam:
Wszystkie czynności będą wykonywane pod nadzorem opiekuna.

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna)

.....
(podpis i pieczętka Dyrektora)

Zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb odbycia praktyk studenckich.**

* Niepotrzebne skreślić