**Załącznik nr 1** - Wniosek o umożliwienie odbycia praktyki/stażu

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej W Hrubieszowie

…………………….

(miejscowość, data)

.......................................................

(imię i nazwisko)

......................................................

(adres zamieszkania)

.....................................................

(nr telefonu)

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

(adres e-mail)

**Dyrektor**

**SP ZOZ w Hrubieszowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie mi odbycia stażu, praktyki studenckiej, praktyki zawodowej\* w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w komórce organizacyjnej medycznej, administracyjnej\* …………………

………………………………………………………………………………………………… w okresie, od ......................... do ....................... , razem ……… godzin, .......... dni roboczych.

Jestem stażystką/tą, studentką/em\* …..........................................................................................

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

(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunek studiów, rok)

...................................................

(podpis kształcącego się)

\* właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie danych osobowych w celu realizacji porozumienia w sprawie realizacji staży, praktyk studenckich, praktyk zawodowych i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnego w Hrubieszowie, 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

.................................................... ..........................................................

(miejscowość i data) (czytelny podpis)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.

............................................

(podpis kształcącego się)

**Wypełnia kierownik komórki organizacyjnej:**

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie: …………….................................................................................................................................. Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię) …..…………………………………….......

............................................................................................

data i podpis ordynatora/ kierownika komórki lub pielęgniarki/położnej oddziałowej

**Decyzja Dyrektora**

Na podstawie § 3 ust.1 Regulaminu realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie wydaję decyzję o zgodzie na odbycie stażu/praktyki studenckiej/praktyki zawodowej w uzgodnionym miejscu i terminie.

….………………………………………….

podpis Dyrektora lub Dyrektora ds. Medycznych