

**Wniosek o umożliwienie odbycia praktyki
w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej W Hrubieszowie**

.....
(miejsowość, 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 praktyki

Z zakresu

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w n/w komórce organizacyjnej

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie, od do , dni roboczych, ilość godzin

Jestem studentem, uczniem, słuchaczem, stażystą*

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

* niewłaściwe skreślić

-VERTE-

O Ś W I A D C Z E N I A W N I O S K O D A W C Y

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie danych osobowych oraz na ich przetwarzanie na potrzeby realizacji praktyk, 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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji praktyk w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba kierująca w komórce organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie:

.....

Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię)

.....
(podpis ordynatora/ kierownika komórki
lub pielęgniarki/położnej oddziałowej)

.....
(podpis opiekuna praktyk)

Decyzja Dyrektora

Na podstawie § 3 ust. 3 Regulaminu realizacji praktyk w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie udzielam zgody na odbycie praktyki w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....
podpis Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa