

**Załącznik nr 2 do Regulamin praktyk studenckich / zawodowych odbywanych
w Szpitalu Powiatowym w Radomsku**

....., dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku
ul. Jagiellońska 36
97-500 Radomsko

Wniosek o przyjęcie na praktykę studencką/zawodową

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk:

studenckich

zawodowych

w Szpitalu Powiatowym w Radomsku

Jestem Uczniem/Studentem ¹ :

Nazwa Szkoły/Uczelni

Adres Szkoły / Uczelni

Wydział:

Kierunek:

Klasa/ Rok studiów

Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:

1.w terminie..... w ilości godzin
(nazwa jednostki organizacyjnej Szpitala) (dokładny termin)

2.w terminie..... w ilości godzin
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

3.w terminie..... w ilości godzin
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

¹ Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem praktyk studenckich / zawodowych odbywanych w Szpitalu Powiatowym w Radomsku i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych niniejszym Wnioskiem w celu rozpoznania wniosku i odbycia praktyk w Szpitalu Powiatowym w Radomsku oraz zawarcia umowy (porozumienia) dotyczącego tych praktyk ze wskazaną wyżej szkołą/uczelnią. Zostałem poinformowany, że administratorem tych danych jest Szpital Powiatowy w Radomsku (97-500 Radomsko, ul. Jagiellońska 36), a także o prawie do dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania. Przekazanie danych jest dobrowolne.

.....
(podpis)

Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:

.....
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

Potwierdzenie zawarcia Porozumienia/Umowy z Uczelnią:

.....
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

Wyrażam / nie wyrażam² zgody na odbycie praktyki

.....
(podpis Dyrektora)

² Niepotrzebne skreślić