



SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
IM. A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU

Wrocław, dniar.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

.....
E-mail

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA REALIZACJĘ INDYWIDUALNYCH PRAKTYK STUDENCKICH

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę zawodową w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w poniżej wskazanej komórce organizacyjnej.

WYPEŁNIA WNIOSKUJĄCY/A STUDENT/KA

Miejsce odbywania praktyk (wskazać nazwę oddziału/działu) :

Liczba godzin do zrealizowania :

Proponowany termin realizacji praktyk :

od dnia..... do dnia

Jestem studentem/tką (nazwa i adres jednostki kształcącej/uczelni) :

.....
.....
Kierunek studiów / rok :

Na podstawie art.7 ust.1 RODO oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora, którym jest Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji stażu/praktyki. Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art. 4 pkt 11 RODO. **Oświadczam, że zapoznałam się z Klauzulą informacyjną dla studentów/stażystów/praktykantów, zamieszczoną na stronie internetowej Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.**

.....
(podpis wnioskującego)

Zgoda na odbycie praktyk studenckich/zawodowych

Wyrażam / nie wyrażam*

.....
(podpis Ordynatora/Kierownika,
Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej/Koordynującej)

Wyrażam / nie wyrażam*

.....
(podpis Dyrektora Szpitala)

* niewłaściwe skreślić