



**SZPITAL**  
SPECJALISTYCZNY  
IM A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU

Wrocław, dnia .....r.

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr telefonu

.....  
Jednostka prowadząca specjalizację

**WNIOSEK OSOBY ODBYWAJĄCEJ SPECJALIZACJĘ W INNYM PODMIOCIE O WYRAŻENIE ZGODY NA REALIZACJĘ STAŻU KIERUNKOWEGO DO SPECJALIZACJI**

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie:

.....  
Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego (cząstkowego) w zakresie:

.....  
W oddziale:

.....  
W terminie:

.....  
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)

**Zgoda na odbycie stażu kierunkowego**

**Wyrażam / nie wyrażam\***

.....  
(podpis Ordynatora/Kierownika Oddziału)

**Wyrażam / nie wyrażam\***

.....  
(podpis Dyrektora Szpitala)

\* niewłaściwe skreślić