



SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
IM A FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU

Wrocław, dniar.

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr telefonu

.....
Jednostka prowadząca staż podyplomowy

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA REALIZACJĘ STAŻU CZĄSTKOWEGO W RAMACH STAŻU PODYPLOMOWEGO

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu częściowego 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 częściowego

Wyrażam / nie wyrażam*

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

Wyrażam / nie wyrażam*

.....
(podpis Dyrektora Szpitala)