

Parczew, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko.....  
Adres zamieszkania.....  
Telefon/ Adres e-mail.....  
Zakład pracy, uczelnia, szkoła, kierunek, rok

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie**

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody i umożliwienie odbycia:  
*praktyki studenckiej / praktyki zawodowej / stażu podyplomowego / stażu zawodowego / stażu absolwenckiego / stażu kierunkowego / szkolenia specjalizacyjnego z zakresu / dziedziny \**

.....  
w oddziale / komórce organizacyjnej

.....Samodzielnego Publicznego Zakładu

Opieki Zdrowotnej w Parczewie w terminie: od dnia ..... do dnia .....

Równocześnie oświadczam, że jestem uczniem / studentem / absolwentem / rezydentem / pracownikiem\*

.....  
(Nazwa uczelni/szkoły/zakłady pracy, kierunek studiów, rok)

Wymiar godzinowy praktyki/stażu/szkolenia wynosi: ....., wymiar dni wynosi .....  
(liczba godz.) (liczba dni)

Zgodnie z art. 7 pkt 2 i art. 23 ust.1.pkt 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji ww zadań.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Procedurą „Odbywanie Praktyk / Staży / Szkoleń w SZOZ w Parczewie” i zobowiązuje się do jej przestrzegania.

.....  
(data i podpis składającego wniosek)

UWAGA: Podany termin jest deklarowany i może ulec przesunięciu z uwagi na brak kompletu wymaganych dokumentów. W przypadku braku kompletu dokumentów odbycie stażu/praktyk/szkolenia będzie niemożliwe.

Wyrażam zgodę. Na kierownika/opiekuna praktyki/stażu/szkolenia wyznaczam:

.....

.....  
podpis Dyrektora /  
Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych/  
Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa /  
Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa