

.....
(Imię i nazwisko)

Włocławek, dnia

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy/ email)

**Dyrektor
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. błogosławionego księdza
Jerzego Popiełuszki we Włocławku**

**WNIOSEK
o przyjęcie na praktyki**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką/zawodową w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki do/w (*Proszę wpisać komórkę organizacyjną*)

.....
w okresie od dnia do dnia

łącznie godzin. Jestem studentem/ uczniem* roku (*nazwa Podmiotu kształcącego*)

.....

.....

.....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem praktyk studenckich i zawodowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku i zobowiązuję się go stosować.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji praktyk.
3. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nierozpowszechniania w jakiejkolwiek formie wszelkich informacji, wiadomości i materiałów dotyczących pacjentów oraz Szpitala, do których będę miał/a/miałem/am dostęp w związku z odbywaniem praktyki. Zobowiązanie obowiązuje także po zakończeniu praktyk.

.....
podpis studenta/ucznia

☐ Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zgodnie ze złożonym wnioskiem

Opiekunem praktyk wyznaczam:

☐ Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

.....
Pieczętka i podpis osoby nadzorującej praktyki

Dotyczy tylko Uczestnika zgłaszającego się indywidualnie (bez zawarcia porozumienia z Podmiotem kształcącym)

☐ Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zgodnie ze złożonym wnioskiem

☐ Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

.....
Pieczętka i podpis Dyrektora

**Niepotrzebne skreślić*