……………………………………………………………………… ……………………………………………

Imię i nazwisko Miejscowość, data

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

Adres do korespondencji **Szanowna Pani**

**mgr Ewa Krych - Prezes Zarządu**

…………………………………………………………………….. **Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.**

Telefon kontaktowy **ul. Wincentego Lipa 2**

**41-703 Ruda Śląska**

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

Nazwa uczelni, wydział

……………………………………………………………………..

Kierunek, semestr, stopień studiów

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH / PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU / SZKOLENIA PRAKTYCZNEGO \***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Komórka organizacyjna** | **Proponowany termin odbycia praktyk** | **Ilość godzin dydaktycznych** | **Zgoda Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Opieki nad Pacjentem (tak/nie)** | **Opiekun praktyk** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |

**\* niepotrzebne skreślić**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem organizacji praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji praktyk zawodowych / praktycznej nauki zawodu / szkolenia praktycznego.
3. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nierozpowszechniania w jakiejkolwiek formie wszelkich informacji, wiadomości i materiałów dotyczących pacjentów oraz Szpitala uzyskanych w trakcie realizacji praktyk zawodowych / praktycznej nauki zawodu / szkolenia praktycznego (zobowiązanie obowiązuje również po ich zakończeniu).

…………………………………………………

*Podpis studenta / ucznia*

**Załączniki:**

1. Program praktyk (jeżeli dotyczy)
2. Wzór umowy (jeżeli dotyczy).

Adnotacje Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyk zawodowych / praktycznej nauki zawodu / szkolenia praktycznego

…………………………………………………

*Podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Opieki nad Pacjentem*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyk zawodowych / praktycznej nauki zawodu / szkolenia praktycznego

…………………………………………………

*Podpis Prezesa Zarządu bądź osoby upoważnionej*

**\* niepotrzebne skreślić**