

.....
Imię i nazwisko
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Adres do korespondencji
.....

.....
Telefon kontaktowy
.....

.....
Nazwa uczelni, wydział
.....

.....
Kierunek, semestr, stopień studiów

Szanowna Pani
mgr Ewa Krych - Prezes Zarządu
Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.
ul. Wincentego Lipa 2
41-703 Ruda Śląska

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**