

Imię i nazwisko

.....

ul. ....

.....

nr tel.....

e-mail.....

nr indeksu: .....

Kraków, dnia ..... r.

**Dyrektor Szpitala Specjalistycznego  
im. Stefana Żeromskiego  
SPZOZ w Krakowie**

**Podanie o praktykę**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich/zawodowych z zakresu

..... w Oddziale .....,

w terminie od ..... do ..... (.....godz.).

Jestem studentem/słuchaczem .....

w ..... na kierunku ..... rok .....

Z poważaniem

Akceptuję termin praktyk:

.....  
podpis kształcącego się

.....  
podpis lekarza zarządzającego/  
pielęgniarki oddziałowej/  
kierownika komórki organizacyjnej

Akceptuję termin praktyk:

Na opiekuna praktyk wyznaczam: .....

.....  
podpis lekarza zarządzającego/  
pielęgniarki oddziałowej/  
kierownika komórki organizacyjnej

.....  
podpis Dyrekcji

1. Zgodnie z art.7 pkt 2 i art.23 ust.1.pkt 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U z 2014 r, poz. 1182 z późn. zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji praktyki i przechowywanie przez okres określony w instrukcji kancelaryjnej Szpitala Specjalistycznego im Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu praktyk studenckich/zawodowych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie.

.....  
podpis kształcącego się