

Administratorem danych zawartych w niniejszym wniosku jest Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu. Dane osobowe będą przetwarzane w celu prawidłowego wykonywania obowiązków wymienionych w niniejszym wniosku. Podstawą prawną przetwarzania danych jest wykonywanie prawnego obowiązku ciążącego na administratorze. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do odbycia praktyk/stażu.

.....
Imię Nazwisko

Bytom, dniar.

.....

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon

.....

.....
Uczelnia kierująca, wydział

Szanowny Pan
Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Nr 1
w Bytomiu
Dr n. med. Andrzej Tomczyk

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie zajęć praktycznych z zakresu W
(Oddział, Komórka organizacyjna)

Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu w terminie od dnia do dnia Wymiar godzinowy zajęć praktycznych wynosi

Z poważaniem

.....
(podpis ubiegającego się o praktykę)

AKCEPTUJĘ:

Na opiekuna praktyki wyznaczam:

AKCEPTUJĘ:

.....
(podpis Kierownika komórki /
Kierownika Oddziału
prowadzącego praktykę)

.....

.....
(podpis Dyrektora)