

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 stażu kierunkowego.

.....
Imię Nazwisko

Bytom, dniar.

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon

.....
Jednostka Kierująca, adres

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

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego

z zakresu W
(Oddział, Komórka organizacyjna)

Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu w terminie od dnia
do dnia

Z poważaniem

.....
(podpis ubiegającego się o staż)

AKCEPTUJĘ:

AKCEPTUJĘ:

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

.....
(podpis Dyrektora)