

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

**Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Nr 1
w Bytomiu**

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

W związku z obowiązkiem pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z rozprzestrzenianiem się i przeciwdziałaniem COVID-19 w Szpitalu Specjalistycznym nr 1 w Bytomiu zobowiązuję się do zapłaty w pierwszym dniu rozpoczęcia praktyk zawodowych w kasie szpitala kwotą 60,00 zł. brutto za korzystanie ze środków czystości i ochrony osobistej w trakcie odbywania praktyk zawodowych.

Z poważaniem

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

AKCEPTUJĘ:

Na opiekuna praktyki wyznaczam:

AKCEPTUJE:

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

.....
(podpis Dyrektora)