



109 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Szczecinie

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(telefon/e-mail)

Komendant
109 Szpitala Wojskowego
z Przychodnią SP ZOZ
w Szczecinie

Podanie o odbycie praktyki studenckiej/zawodowej*

Uprzejmie proszę o umożliwienie odbycia praktyki studenckiej/ zawodowej* z zakresu

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

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

Oświadczam, że jestem studentką/-em*roku studiów

.....W..... ,
(nazwa wydziału i uczelni)

która ma zawartą /nie ma zawartej umowę/-y* ze Szpitalem na realizację praktyk.

Do podania załączam skierowanie z Uczelni na odbycie praktyki.

Ponadto, w przypadku akceptacji mojego podania, **zobowiązuję się przedłożyć do wglądu** wyznaczonemu opiekunowi praktyk aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji praktyk.

Jednocześnie oświadczam, iż przed rozpoczęciem praktyk dostarczę opiekunowi praktyk kserokopię polisy OC (w przypadku braku dostarczonego ubezpieczenia przez Uczelnię) obejmującej okres realizacji praktyki, w tym obejmującej koszty postępowania poekspozycyjnego.

Przyjmuje do wiadomości, iż brak przedłożenia powyżej wymienionych dokumentów jest podstawą niedopuszczenia do realizacji praktyk i/lub wycofania zgody na ich realizację.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: iodo@109szpital.pl. Podane w niniejszym formularzu dane przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji do odbycia praktyki zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO), tj. na podstawie mojej zgody wynikającej z faktu złożenia przedmiotowego podania. Dalsze informacje dot. przetwarzania danych osobowych podane są na stronie internetowej www.109szpital.pl w zakładce RODO.

.....
(czytelny podpis studenta)

* Niepotrzebne skreślić