

.....

imię, nazwisko

student/ka

.....

.....

(adres zamieszkania)

DYREKTOR

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA
WOJEWÓDZKIEGO w Ciechanowie**

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie praktyki zawodowej w

Oddziale

.....w terminie

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(podpis osoby składającej podanie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(podpis osoby składającej podanie)