

.....
imię, nazwisko
student/ka
.....
.....
(adres zamieszkania)
.....
(Pesel)

**DYREKTOR
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA
WOJEWÓDZKIEGO w Ciechanowie**

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie praktyki zawodowej, zajęć
praktycznych i innych form kształcenia w OddzialeW
terminie od..... do.....

.....
(miejsowość, 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 oceny podania i jego realizacji.

.....
(miejsowość, dnia)

(podpis osoby składającej podanie)

WYPEŁNIA KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ, W KTÓREJ MA SIĘ ODBYĆ PRAKTYKA :

Termin odbywania praktyki (* niepotrzebne skreślić)

*Akceptuję termin zaproponowany przez studenta/studentkę / *Proponuję następujący termin praktyk
od dnia do dnia.....

UWAGI:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

* (niepotrzebne skreślić)*

.....
data i podpis/pieczętka

Kierownika Komórki Organizacyjnej

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

(niepotrzebne skreślić)

.....
data i podpis/pieczętka

Dyrektora/ Osoby upoważnionej