………………………………….. Przemyśl, dnia …………………………….

imię i nazwisko

…………………………………..

adres zamieszkania

…………………………………..

nr telefonu

…………………………………..

e- mail

**Dyrektor**

 **Wojewódzkiego Szpitala**

 **im. Św. Ojca Pio w Przemyślu**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką, praktykę zawodową\* w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu w komórce organizacyjnej medycznej, administracyjnej\* ………………………………………………………………………………………………………………………………..

W okresie od …………………………………………….. do ……………………………………………, razem dni …………………..

 Jestem uczniem/studentką(em)/słuchaczką(em) ……………………………………………..........................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunek studiów, rok)

 Informację o wyrażeniu zgody na odbycie praktyk lub odmowie wyrażenia zgody proszę przesłać:

- listem poleconym na adres: ......................................................,

- mailem na adres: .................................................................

 ………………………………………….

 podpis kształcącego się

* Właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji praktyki zgodnie z art.7 pkt.2 i art.23 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych zawartych.

 ………………………………………….

 podpis kształcącego się

Zapoznałam/em się z Regulaminem Praktyk Studenckich i Zawodowych Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu i nie zgłaszam żadnych uwag.

………………………………………….

 podpis kształcącego się

 Wyrażam/ nie wyrażam zgody

 ………………………………………………….. Podpis dyrektora