

Chełmża,.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(e-mail)

Prezes
Szpitala Powiatowego Sp. z o.o.
w Chełmży

**WNIOSEK
o przyjęcie na praktykę**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację zajęć praktycznych/ zawodowych w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży w oddziale:

.....w ilości godz. dydaktycznych.....

w okresie od dnia..... do dnia.....

Jestem studentem/ucznem (nazwa podmiotu kształcącego)

.....

na kierunku kształcenia/ rok kształcenia..... /

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem praktyk studenckich /zawodowych Szpitala Powiatowego Sp z o.o. w Chełmży.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w zakresie niezbędnym do realizacji praktyk.

.....
podpis studenta/ ucznia

1. Wypełnia pracownik z oddziału szpitalnego przyjmujący na praktykę.

- Wyrażam zgodę na realizację praktyk zgodnie ze złożonym wnioskiem.

Opiekunem praktyk będzie.....

- Nie wyrażam zgody na realizację praktyk.

.....
data, pieczętka i podpis osoby nadzorującej praktyki z oddziału szpitalnego