**Załącznik nr 1**

.....................................………… Tarnowskie Góry, dnia.................................................

(nazwisko i imię)

.......................................................

……………………………………….

(adres zamieszkania)

........................................................

(numer telefonu do kontaktu )

**Prezes Zarządu**

# Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S. A

**ul. Pyskowicka 47-51,**

**42-612 Tarnowskie Góry**

## **P O D A N I E**

## Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w Wielospecjalistycznym Szpitalu

## Powiatowym S.A. w Tarnowskich Górach.

Jestem studentem /ką/ ........…rok Wydziału…….…….........................……………………………….........................

Kierunek......................................... …………………………………………………………………………….................

na................................................................................................ …………..w ........................……………………….

(nazwa uczelni- szkoły) (miejscowość)

Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:

1. ....................................................................w terminie.................................. w ilości .............. godzin

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

2. ....................................................................w terminie.................................... w ilości .............. godzin

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

3. ....................................................................w terminie.................................... w ilości .............. godzin

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

....................................

(podpis praktykanta)

Zgoda Dyrektora ds. Lecznictwa \* / Pielęgniarki Naczelnej\*\* / Prezesa Zarządu\*\*\*

Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

........................................................................

(Pieczęć i podpis )

\*dotyczy praktyk lekarskich po II, III, IV i V roku, diagnostyka laboratoryjna, fizjoterapia ,elektroradiologia, farmacja, psychologia

\*\*dotyczy praktyk po I roku kierunek lekarski i lekarsko – dentystyczny oraz pielęgniarskich, położniczych, ratownik medyczny, dietetyka, opiekun medyczny, technik sterylizacji

\*\*\*pozostałe praktyki informacje szczegółowe w Sekcji Kadr w budynku Administracji Szpitala

Administratorem danych zawartych w niniejszym wniosku jest WSP S.A. w Tarnowskich Górach. Dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji i dokumentacji przebiegu praktyki. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 pkt 1 lit. b/c/f.. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Pełna treść klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej www.wspsa.pl/rodo