

Załącznik nr 1 do regulaminu praktyk studenckich

Ostrołęka, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

.....
(PESEL)

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA”
Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu
Sanitarnego w Ostrołęce**

Wniosek o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce, w terminie od do

Jestem studentem
(pełna nazwa uczelni) na kierunku
rok studiów

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Zostałem poinformowany, że klauzula informacyjna RODO dotycząca ochrony moich danych osobowych jest dostępna na stronie internetowej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zgłoszeniu dla potrzeb rekrutacji na praktykę studencką (ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. 2019, poz. 1781).

.....
(podpis wnioskodawcy)

Akceptuję
(podpis osoby przyjmującej na praktykę – Koordynator Praktyk)

Wyrażam zgodę
(podpis Dyrektora)