



WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKI STUDENCKIE

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

E-MAIL:

NR TELEFONU:

UNIwersytet / SZKOŁA:

KIERUNEK STUDIÓW:

ROK STUDIÓW:

TERMIN ODBYCIA PRAKTYK:

MIEJSCE REALIZACJI PRAKTYK (nazwa komórki organizacyjnej Szpitala):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, w celu rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na praktyki studenckie.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Szczegółowe informacje o administratorze i przysługujących Pani/Panu prawach znajdują się pod adresem: <https://orsk.pl/index.php/baza-wiedzy/ochrona-danych-osobowych/>

.....
data i podpis studenta

ZGODA / BRAK ZGODY* KIEROWNIKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ SZPITALA
NA REALIZACJĘ PRAKTYK

.....
(data, podpis i pieczęć)

ZGODA / BRAK ZGODY* NACZELNEJ PIELEŃNIARKI SZPITALA NA REALIZACJĘ
PRAKTYK (dotyczy praktyk pielęgniarskich)

.....
(data, podpis i pieczęć)

OPIEKUN PRAKTYK ZE STRONY SZPITALA:

ZGODA / BRAK ZGODY* DYREKTORA SZPITALA NA REALIZACJĘ PRAKTYK

.....
(data, podpis i pieczęć)

ZGODA REKTORA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU NA REALIZACJĘ PRAKTYK

.....
(data, podpis i pieczęć)

BRAK ZGODY REKTORA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU NA REALIZACJĘ PRAKTYK

.....
(data, podpis i pieczęć)

Załączniki:

1. Program praktyk

*odpowiednie zaznaczyć