

.....
(miejscowość i data)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Numer telefonu

.....
uczelnia

.....
kierunek

Szanowny Pan
Dr n. med Marek Krawczyk
Dyrektor Szpitala Miejskiego
w Tychach

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk zawodowych w

..... w terminie od

do Wymiar godzin wymagany dla w/w praktyk wynosi godzin. Jestem

studentem/ studentką roku na kierunku

Informuję również, że kierownik odpowiedniej komórki organizacyjnej wyraził zgodę na odbycie w/w praktyk we wskazanym terminie

.....
data i podpis kierownika komórki

Zapoznałam/em się z regulaminem praktyk, informacjami RODO ich dotyczącymi, oraz zasadami ich odbywania (dostępnymi między innymi na stronie www.szpitalmiejskitychy.pl). Akceptuję wspomniany regulamin i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Zgadzam się na przetwarzanie przez Szpital Miejski w Tychach Spółka z o. o. moich danych osobowych z zakresie niezbędnym dla odbycia przeze mnie praktyk zawodowych.

Bardzo proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

Z wyrazami szacunku

.....