

Załącznik nr 2 do Regulaminu realizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu obejmującej zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe oraz szkolenia praktycznego w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.

**Formularz zgłoszenia na studencką praktykę zawodową
w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.**

Wypełnia wnioskodawca:

Imię i nazwisko

.....

Adres do korespondencji

.....

Telefon, E-mail

.....

Nazwa Uczelni

.....

- Wydział

.....

- Kierunek

.....

- Rok/semestr studiów

.....

Zakres praktyki

.....

Termin praktyki

.....

Liczba dni praktyki

.....

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem realizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu obejmującej zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe oraz szkolenia praktycznego w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.

.....
data i podpis studenta/praktykanta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji oraz prowadzenia praktyk zawodowych/szkolenia praktycznego – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926 –tekst jednolity z późn. zm.)

.....
data i podpis studenta/praktykanta

Wypełnia Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej:

Komórka organizacyjna w której student będzie realizował praktykę

.....
Proponowany termin praktyk

.....
data i podpis pracownika
Zespołu Promocji i Edukacji Zdrowotnej

Wypełnia kierownik komórki organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie:

.....
Wyznaczam na opiekuna: (podać nazwisko, imię)

.....
data i podpis kierownika komórki organizacyjnej

Wypełnia Dyrektor

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....
podpis dyrektora lub osoby upoważnionej