

.....  
( miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

Dyrekcja  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Lesku  
38-600 Lesko  
ul. Kochanowskiego 2

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia bezpłatnej praktyki zawodowej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku. W załączeniu przedkładam kopię ważnej legitymacji studenckiej oraz program obowiązującej mnie praktyki.

Jestem studentem/ką/ słuchaczem ..... roku Wydziału/ kierunku .....  
na .....  
(nazwa uczelni / szkoły)

Praktykę chciałbym / chciałybym odbywać w:

1. ....  
(nazwa działu / oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie: od ..... do ..... w ilości ..... godzin.

2/<sup>\*</sup> .....  
(nazwa działu / oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie: od ..... do ..... w ilości ..... godzin.

.....  
(podpis Studenta)

**wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**

.....  
(podpis Dyrektora)

2/<sup>\*</sup> wypełnia się tylko w przypadku obowiązkowej praktyki w dwóch oddziałach /działach.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby praktyki zawodowej prowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku. Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.*

.....  
(data podpis Studenta)