

.....  
(imię i nazwisko)

Biała Podlaska, dnia.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(e-mail)

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na staż, praktykę studencką/zawodową, zajęcia kliniczne/praktyczne\* w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej w:

1.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie, od ..... do ..... , razem ..... dni roboczych.

2.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie, od ..... do ..... , razem ..... dni roboczych.

3.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie, od ..... do ..... , razem ..... dni roboczych.

Jestem stażystką/tą, studentką/em\* .....

.....

.....  
(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunku nauczania/studiów, rok nauki)

Odpowiedź w sprawie:

- proszę przesłać pocztą tradycyjną na adres wskazany we wniosku;
- proszę przesłać na adres mailowy;
- zostanie odebrana osobiście/przez inną osobę\*

.....

(podpis kształcącego się)

Decyzja Dyrektora/Osoby Upoważnionej		
Wyrażam zgodę*	Nie wyrażam zgody*	Uwagi

\* właściwe podkreślić

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych oraz Regulaminem Pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.

2. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej danych osobowych:

PESEL (jeżeli został nadany) ..... Data urodzenia (wymagane) .....

Nazwisko (wymagane) ..... Nazwisko rodowe (wymagane) .....

Imię ojca (wymagane) ..... Imię matki (wymagane) .....

w celu realizacji porozumienia w sprawie realizacji staży, praktyk studenckich, praktyk zawodowych oraz weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis kształtujący się)

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest:  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej z siedzibą  
21-500 Biała Podlaska ul. Terebelska 57-65, e-mail: sekretariat@szpitalbp.pl
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: iod@szpitalbp.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu umożliwienia realizacji zajęć wymaganych programem kształcenia prowadzonych obecnie i w przyszłości przez Administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b) RODO
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia zajęć.
5. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania od Administratora Danych Osobowych ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych osobowych, prawo do przenoszenia danych osobowych, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne – prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak w przypadku ich niepodania niemożliwe będzie wzięcie udziału w zajęciach.
7. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.