

**WNIOSEK O ODBYCIU PRAKTYK ZAWODOWYCH
STUDENCKICH I UCZNIOWSKICH
w WSSz.im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi**

1. IMIĘ I NAZWISKO:

2. ADRES DO KORESPONDENCJI:.....

3. TELEFON:

4. E-MAIL:.....

5. WYKSZTAŁCENIE:

Uczelnia/Szkoła:

Wydział:

Kierunek/specjalizacja: Rok studiów:

Inne:

6. GŁÓWNE CELE PRAKTYKI :

7. PROPONOWANY TERMIN PRAKTYKI ORAZ NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ
W KTÓREJ MA SIĘ ODBYWAĆ PRAKTYKA :

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb rekrutacji na praktykę studencką (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

**Zgoda Kierownika komórki organizacyjnej
w której ma się odbywać praktyka**

Zgoda Dyrektora lub upoważnionej osoby

Adnotacja Sekcji ds. organizacyjnych
dot. Porozumienia z Uczelnia Szkołą

.....

.....

UPOWAŻNIENIE nr/ABI

Z dniem upoważniam **Panią/Pana**

odbywającą praktyki studenckie w oddziale na podstawie porozumienia pomiędzy Uniwersytetem medycznym w Łodzi, ul. Kościuszki 4, 90-419 Łódź a Szpitalem.

do przetwarzania danych osobowych w zbiorze*¹:

Dane osobowe i medyczne pacjenta

w zakresie nie zbędnym do wykonywania czynności wynikających z ramowego programu zajęć/praktycznych pod nadzorem opiekuna praktyk.

niniejsze upoważnienie jest ważne przez czas **trwania praktyk zgodnie z ramowym planem praktyk.**

Oświadczam, że zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 nr 922 ze zmianami) zobowiązuję się zachować w tajemnicy dane oraz sposoby ich zabezpieczenia co do których dostęp i wiedzę uzyskałem w trakcie trwania praktyk studenckich jak również po zakończeniu.

Potwierdzam zapoznanie się z Polityką Bezpieczeństwa Informacji, Instrukcją Zarządzania Systemami Informatycznymi obowiązującymi w szpitalu, dostępnymi u Administratora Bezpieczeństwa Informacji (budynek administracji, parter).

.....
podpis Administratora Danych Osobowych

lub osoby przez nią upoważnionej

.....
data i podpis praktykanta