

**WNIOSEK O ODBYCIE 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 :

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)

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

Zgoda Dyrektora lub upoważnionej osoby

Nr dowodu osobistego lub innego
dokumentu ze zdjęciem

Data szkolenia z Ochrony Danych Osobowych
(nie dotyczy Studentów UM)

.....

podpis pracownika Szpitala

.....

podpis Inspektora IODO