

do Regulaminu praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Spółka z o. o. – Zarządzenie Nr.../2025

**Formularz zgłoszenia na praktykę
w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Jana Pawła II Siedlcach Sp. z o.o.**

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji

Telefon.....¹ E-mail ²

Nazwa Uczelni.....

Wydział..... Kierunek..... Rok/semestr studiów.....

Nazwa oddziału/ komórki organizacyjnej

Termin praktyki

Liczba godzin praktyki.....

☐ *Wyrażam zgodę pokrycie kosztów zorganizowania i przeprowadzenia praktyki przez Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.³*

☐ *Potwierdzam że spełniono wobec mnie obowiązek informacyjny o którym mowa jest w przepisach art. 13 i art. 14 RODO.*

☐ *Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i przyjmuję do stosowania Regulamin praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz Regulamin Organizacyjny obowiązujący w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.*

.....
data i podpis studenta/praktykanta

Kierownik komórki organizacyjnej: Potwierdzam możliwość przyjęcia praktykanta na praktykę:

.....
Wyznaczam na opiekuna (podać imię i nazwisko)

.....
data i podpis kierownika komórki organizacyjnej

Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej: Potwierdzam złożenie przez praktykanta dokumentów wymaganych do realizacji praktyk.

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

¹ Dana podawana dobrowolnie ale przyspieszająca kontakt

² Dana podawana dobrowolnie ale przyspieszająca kontakt

³ Zwolnieni z opłaty zgodnie z regulaminem są: pracownicy, dzieci pracowników lub za zgodą Zarządu w innych uzasadnionych okolicznościach.