**Załącznik nr 1**

Sochaczew, dnia ...........................................

Imię i nazwisko .................................

...........................................................

|  |
| --- |
| tel. ....................................................... |
| e-mail ................................................. |

**Dyrekcja
Zespołu Opieki Zdrowotnej
„Szpitala Powiatowego”
w Sochaczewie
ul. Batalionów Chłopskich 3/7
96-500 Sochaczew**

**PODANIE**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu kierunkowego\*** w ramach odbywanej **specjalizacji** z:

.............................................................................................................................................................
(nazwa realizowanej dziedziny specjalizacji)

**lub stażu personalizowanego\***

**Nazwa stażu kierunkowego/ personalizowanego\***:

........................................................................................................................................................................................

Oddział: .............................................................................................................................................................................

Dokładny termin: .............................................................................................................................................................

Jednostka szkoląca: ..........................................................................................................................................................

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w podaniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)*

...................................................................
(podpis i pieczątka zainteresowanego)

...........................................................................
 (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

Opinia Koordynatora Oddziału, w którym realizowany będzie staż kierunkowy/ staż personalizowany: **POPIERAM/ NIE POPIERAM\***

Na koordynatora stażu wyznaczam:...........................................................................................................................

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji koordynatora stażu kierunkowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………(podpis i pieczątka koordynatora stażu kierunkowego jednostki przyjmującej) | ……………………………………………………..(podpis i pieczątka Koordynatora Oddziału jednostki przyjmującej) |