…………….………..….…………………………………….

 (miejscowość i data)

……………………………………………………….……………………………..

 (Imię i nazwisko studenta)

………………………………………………………………………………………

 (Nazwa Uczelni)

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

 (Wydział)

………………………………………………………………………………………

 (Kierunek)

………………………………………………………………….....................

 (Rok studiów/Numer albumu)

………………………………………………………………………………

 (nr telefonu)

……………………………………………………………………………….

 (adres mailowy)

 Dyrekcja

Zespołu Opieki Zdrowotnej
„Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie

ul. Batalionów Chłopskich 3/7

96-500 Sochaczew

**PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK STUDENCKICH**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o odbycie praktyk studenckich w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie:

1. w terminie ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. liczba godzin …………………………………………………………………………………………………………………………..
3. w oddziale/komórce organizacyjnej ……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 …..………………………………………………………………….

 (Czytelny podpis studenta)

W załączeniu przedkładam\*:

1. Umowę z Uczelnią/porozumienie/skierowanie z Uczelni,
2. Harmonogram praktyk/program praktyk z uwzględnioną liczbą godzin do realizacji,
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktyk na danym oddziale/komórce organizacyjnej,
4. Kopię ubezpieczenia OC i NNW.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do odbycia praktyk.

 ………………………………………………………………………….

 (data i podpis)