…………….………..….…………………………………….

(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)