

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Personalnym – Staże i Szkolenia SPCSK, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.

Warszawa, dnia _____

[imię i nazwisko]

[miejsce zatrudnienia]

[nr prawa wykonywania zawodu]

[nr tel.]

[e-mail]

DYREKTOR

Samodzielnego Publicznego Centralnego
Szpitala Klinicznego w Warszawie
ul. Banacha 1 a
02-097 Warszawa

**WNIOSEK
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU CZĄSTKOWEGO**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu cząstkowego w

[podmiot przyjmujący]

[jednostka/komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.]

z zakresu _____

w terminie od _____ do _____

Jednostka prowadząca staż podyplomowy: _____

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku przez SPCSK zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm.).

[podpis i pieczętka zainteresowanego]

[podpis i pieczętka koordynatora
stażu podyplomowego]

[podpis i pieczętka kierownika
jednostki/komórki przyjmującej]

AKCEPTACJA DYREKTORA
