

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(e-mail)

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na staż, praktykę studencką, praktykę  
zawodową\* w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej w komórce  
organizacyjnej medycznej, administracyjnej\* .....

.....  
w okresie, od ..... do ....., razem ..... dni roboczych.

Jestem stażystką/tą, studentką/em\* .....

.....  
.....

(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunku studiów, rok)

.....  
(podpis kształcącego się)

\* właściwie podkreślić

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej danych osobowych w celu realizacji porozumienia w sprawie realizacji staży, praktyk studenckich, praktyk zawodowych i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, 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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.

.....  
(podpis kształcącego się)