

Kraków, dnia

.....
imię i nazwisko

mail:

nr tel.:

.....

.....
Jednostka prowadząca staż podyplomowy

Do Prezesa
Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie
os. Złotej Jesieni 1
31-826 Kraków

**Podanie o przyjęcie na staż cząstkowy lub personalizowany
w ramach stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie stażu cząstkowego / personalizowanego

w ramach stażu podyplomowego w zakresie.....

.....

w Oddziale/Zakładzie

.....

Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o. o.

w terminie od do (w wymiarzetyg.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu ubiegania się o staż 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 (RODO).

.....
podpis stażysty

Zgoda właściwego Ordynatora/Kierownika

.....

Zgoda Dyrektora Szpitala
lub osoby upoważnionej

.....