

.....  
(imię i nazwisko)

Skierniewice, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor**  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego  
im. Stanisława Rybickiego  
w Skierniewicach

**WNIOSEK**  
**o przyjęcie na praktykę studencką/zawodową\***  
w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym im. Stanisława Rybickiego  
w Skierniewicach

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką/zawodową\* w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w

.....  
(proszę wpisać komórkę organizacyjną Szpitala)

w okresie od dnia.....do dnia.....

Jestem studentem/ucznikiem\* .....

.....  
(nazwa podmiotu kształcącego / wydział / kierunek studiów / rok)

.....  
(podpis studenta/ucznia)

Oświadczenia studenta/ucznia składającego wniosek:

1. Zgodnie z art. 7 pkt 2 i art. 23 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 r., poz. 922 z późn. zm. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji praktyki
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem odbywania praktyk studenckich/zawodowych w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach” i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
(podpis studenta/ucznia)

---

Akceptacja oraz wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za prowadzenie praktyk:

.....  
(podpis osoby nadzorującej praktyki )

**Decyzja Dyrektora Szpitala**

- wyrażam zgodę na odbycie praktyki studenckiej/zawodowej zgodnie ze złożonym wnioskiem.
- inna decyzja .....

.....  
(Pieczętka i podpis Dyrektora Szpitala)

\* niepotrzebne skreślić