

**WNIOSEK O ODBYCIĘ PRAKTYK ZAWODOWYCH  
STUDENCKICH I UCZNIOWSKICH  
w SP ZOZ „RM-MEDITRANS”**

1. IMIĘ I NAZWISKO:

.....

2. ADRES DO KORESPONDENCJI:.....

.....

3. TELEFON: .....

4. E-MAIL:.....

5. WYKSZTAŁCENIE:

Uczelnia: .....

Wydział:

.....

Kierunek/specjalizacja: .....Rok studiów:

.....

Inne: .....

6. GŁÓWNE CELE PRAKTYKI :

7. PROPONOWANY TERMIN PRAKTYKI ORAZ NAZWA KOMÓRKI  
ORGANIZACYJNEJ W KTÓREJ MA SIĘ ODBYWAĆ PRAKTYKA :

.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb rekrutacji na praktykę studencką (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883).*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

**Zgoda Dyrektora lub upoważnionej osoby**

.....  
(czytelny podpis)

**Zgoda Kierownika komórki organizacyjnej  
w której ma się odbywać praktyka**

.....  
(czytelny podpis)