

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

.....

Data urodzenia

Pesel

Tryb specjalizacji

Adres

.....

tel.

e-mail

.....

.....

.....

.....

.....

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu kierunkowego**

z zakresu:

Klinika / Oddział:

Dokładny termin:

Nr karty specjalizacyjnej:

Dziedzina specjalizacji:

Jednostka szkoląca:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w podaniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

Opinia Kierownika Kliniki, w której realizowany będzie staż kierunkowy: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na kierownika stażu kierunkowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
kierownika stażu kierunkowego

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Kliniki)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika stażu kierunkowego)

*- niepotrzebne skreślić

Wymagany załącznik: kserokopia pierwszej i drugiej strony karty specjalizacyjnej/wydruk EKS. **WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM**
Podanie należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego na 1 miesiąc przed planowanym stażem.

W PRZYPADKU BRAKÓW FORMALNYCH, PODANIE NIE BĘDZIE ROZPATRYWANE

Druk wewnętrzny WKPL/CKP Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego/09/22/A