

Warszawa, dnia .....

Imię i nazwisko .....

.....

tel. ....

e-mail .....

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych  
Wojskowego Instytutu Medycznego  
Państwowego Instytutu Badawczego  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

**ZGODA / BRAK ZGODY**

**Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych**

**PODANIE**

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

**FIZJOTERAPII**

**Nazwa stażu kierunkowego:** .....

**Klinika / Oddział:** .....

**Dokładny termin:** .....

**Nr Karty Szkolenia:** .....

**Jednostka szkoląca:** .....

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego WIM-PIB 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 pieczętka zainteresowanego)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

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

Na Opiekuna stażu kierunkowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji  
Opiekuna stażu kierunkowego

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu  
jednostki przyjmującej na staż kierunkowy)

.....  
(podpis i pieczętka Opiekuna stażu kierunkowego jednostki przyjmującej)

Opinia Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego:

Odbywanie stażu na mocy Umowy o szkolenie specjalizacyjne Nr..... z dnia .....

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika WKP CKP WIM-PIB)

.....  
(podpis i pieczętka osoby odpowiedzialnej  
administracyjnie za szkolenie z fizjoterapii)

\*- niepotrzebne skreślić

**WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM**

**Podanie należy złożyć w Kancelarii Ogólnej WIM-PIB na 1 miesiąc przed planowanym stażem.**