

Nr podania/..... (wypełnia Wydział CKP)

Umowy nr (wypełnia Wydział CKP)

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko

*tel.

*e-mail

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

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

PODANIE O PRAKTYKĘ KLINICZNĄ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **przedłużenie praktyki klinicznej przez lekarza/ lekarza dentyście****

w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego / stażu kierunkowego **

w dziedzinie

Klinika/Oddział/Zakład

Numer obecnej umowy o praktykę kliniczną.....

Preferowany termin (max. 6 miesięcy):.....

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Uzasadnienie:.....

Potwierdzam przesłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres: praktykakliniczna@wim.mil.pl skanu dokumentów wymaganych do podania zgodnie z §2 ust.2 Regulaminu odbywania praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentyście w WIM-PIB.

.....
(podpis i pieczętka lekara/lekarza dentystry)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej*
- mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora*
- mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>) Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.*

.....
(podpis i pieczętka lekara/lekarza dentystry)

*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki, w której realizowana będzie praktyka kliniczna: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczam.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna praktyki klinicznej

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki)

Wypełnia właściwy Wydział CKP - Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy (WKPL)

dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **250 zł** uiszczony na konto wskazane poniżej**: **41 1130 1017 0020 0716 4222 2303**

- w tytule wpłaty: Nazwisko Imię_ praktyka kliniczna_ termin praktyki klinicznej

potwierdzam aktualność przedstawionej dokumentacji złożonej na podstawie podania nr.....

Zweryfikowano pod względem formalnym.

.....
(podpis i pieczętka pracownika właściwego Wydziału CKP weryfikującego podanie)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

*niepotrzebne skreślić

**z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB