

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

Numer podania

(wypełnia WKPL)

.....

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 cząstkowego** w części personalizowanej
stażu podyplomowego z:

(nazwa dziedziny medycyny)

Klinika / Oddział/ Zakład:

Dokładny termin:

Nr karty stażu podyplomowego:

Jednostka prowadząca staż podyplomowy:

.....

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 pieczętka zainteresowanego)

.....
(podpis i pieczętka koordynatora stażu podyplomowego)

Opinia Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu, w której realizowany będzie staż cząstkowy: **POPIERAM /NIE POPIERAM***

Na Opiekuna stażu cząstkowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna stażu cząstkowego

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

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

Opinia Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego: **jednostka uprawniona/ nie uprawniona*** do prowadzenia części
personalizowanej stażu podyplomowego.

Odbywanie stażu cząstkowego na mocy Porozumienia nr

.....
(podpis i pieczętka Kierownika WKPL CKP
Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego)

*- niepotrzebne skreślić