

Brzeg, dnia

PODANIE
o wyrażenie zgody na odbycie studenckiej praktyki zawodowej
w roku akademickim

Imię i nazwisko studenta.....

Kierunek studiów.....Rok.....

Specjalność

Telefon kontaktowy.....e- mail

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w **Brzeskim Centrum Medycznym, ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg** , w którym realizowana będzie praktyka zawodowa

.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie od dnia do dnia.....

w okresie od dnia do dnia.....

Łączna liczba godzin.....

Opiekunem studenta w trakcie praktyk będzie:

Imię i nazwiskoStanowisko

Po uzyskaniu zgody na odbycie praktyk wraz z umową zobowiązuję się dostarczyć wszystkie wymagane dokumenty.

.....

(podpis studenta)

WYPEŁNIA KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ, W KTÓREJ MA SIĘ ODBYĆ PRAKTYKA :

Termin odbywania praktyki (* niepotrzebne skreślić)

*Akceptuję termin zaproponowany przez studenta/studentkę / *Proponuję następujący

termin praktyk od dnia do dnia.....

od dnia do dnia.....

UWAGI:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
* (niepotrzebne skreślić)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
* (niepotrzebne skreślić)

.....

data i podpis/pieczętka
Piel. Oddziałowej/ Koordynującej

.....

data i podpis/pieczętka
Naczelnej Pielęgniarki

KARTA OBIEGOWA STUDENTA

UZUPEŁNIA STUDENT

BRZESKIE CENTRUM MEDYCZNE
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
49-301 BRZEG, ul. Mossora 1, tel. 416 28 25
REGON 000313427 NIP 747-157-19

IMIĘ I NAZWISKO

UCZELNIA

ROK

ODDZIAŁ

DATA OBOWIĄZYWANIA PKAKTYK ODDO
ODDO

KSIĄŻECZKA ZDROWIA ważna do

SZKOLENIE BHP
(podpisuje pracownik BHP)

SZKOLENIE EPIDEMIOLOGICZNE
(podpisuje Pielęgniarka Epidemiologiczna)

SZCZEPIENIA WZW typ B

UBEZPIECZENIE (EKSPOZYCJA ZAWODOWA) ważne do

ZAŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI

Akceptacja niezbędnych dokumentów do rozpoczęcia praktyki
(podpis pracownika Wydziału Kadr)

.....
Imię i nazwisko

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałam/-em

* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach

..... w ostatnich 20 latach

w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data, czytelny podpis

*Niepotrzebne skreślić

Jeżeli pracownik zamieszkiwał w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Podstawa prawna : Ustawa o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich z dnia 28 lipca 2023 r. (Dz. U. poz. 1606), Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw.

Proszę o czytelne wypełnienie pismem drukowanym.

Brzeg, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej
podpisany/a.....,

Pesel.....,

data urodzenia.....

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia-
art. 233 § 1 kodeksu karnego* , oświadczam:

podaję imiona rodziców:,

podaję nazwisko rodowe:.. ..

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

*art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Załącznik nr 3 do Polityki Ochrony Danych
Wzór ogólnej klauzuli informacyjnej z art. 13 ust. 1 i 2

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PRAKTYKANTA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Brzeskie Centrum Medyczne, ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@bcmbrzeg.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu odbycia praktyk zawodowych/staży podyplomowych.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania Pani / Pana danych osobowych jest:
 - zawarcie i realizacja umowy lub porozumienia odbycie praktyki lub stażu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - realizacji naszych obowiązków prawnych i uprawnień związanych z realizacją stażu lub praktyki wynikających z przepisów dotyczących prowadzenia stażu lub praktyki (art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
 - sprawdzenia Twoich zdolności potrzebnych do pracy na określonym stanowisku oraz na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów i potwierdzenia wykonania obowiązków. Podstawą przetwarzania tych danych jest nasz uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Zapoznałam/em się :

.....

(Data, Imię i Nazwisko)