

.....  
.....  
.....  
(miejsowość i data)

Tel. ....

E-mail .....  
(dane kandydata)

Do Dyrektora  
Szpital Eskulap – Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń  
Ul. Koperkowa 2, 86-031 Osielsko

### **PODANIE O PRAKTYKĘ STUDENCKĄ**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie w Szpitalu ESKULAP na studencką praktykę zawodową ..... w terminie od ..... do ..... Studiuję / uczę się .....

.....  
(czytelny podpis studenta / tki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych udostępnionych w podaniu na potrzeby rekrutacji na praktykę zawodową zgodnie z ogłoszeniem z dnia 25.10.2021r. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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).

.....  
(czytelny podpis studenta / tki)

#### **Załączniki:**

1. Umowa z uczelnią
2. Program praktyk
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do odbycia praktyki
4. Polisa OC i NNW
5. Aktualna książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych
6. Zaświadczenie o przebytych szczepieniach WZW B
7. Zaświadczenie o szczepieniu p/ SARS-CoV-2

**Podanie wraz z załącznikami należy przesłać na adres [rekrutacja@szpitaleskulap.pl](mailto:rekrutacja@szpitaleskulap.pl) lub dostarczyć do sekretariatu szpitala.**