Biskupiec, dnia .............................….

**Wniosek**

**o zgodę na odbycie stażu kierunkowego (cząstkowego) do specjalizacji**

**w oddziale ……………………………………………………..Szpitala…………………………………………………....**

# Szanowna/y Pan/i

Dyrektor Szpitala ……………………

…………………………………………

…………………………………………

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie lekarskiego stażu kierunkowego (cząstkowego) do specjalizacji w zakresie ................................................................................................................

(nazwa specjalizacji)

w..................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

(nazwa oddziału)

**w Szpitalu ………………………………………………………………………………………….**

w okresie

...................................................................................................................................................................................

(termin odbywania stażu)

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

* zachowania w tajemnicy danych osobowych, których administratorem jest Szpital ……………………………… niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z celem powierzonych zadań,
* zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych,
* przestrzegania obowiązujących w Szpitalu ……………………………………………………………. zarządzeń, procedur i instrukcji dotyczących ochrony danych osobowych.

Oświadczenie obowiązuje w czasie trwania stażu, jak również po jego zakończeniu.

................................................................................................

(pieczątka i podpis lekarza ubiegającego się o staż)

Stałe miejsce zatrudnienia

……………………………………………………………………………

AKCEPTUJĘ: Na opiekuna stażu wyznaczam: AKCEPTUJĘ:

........................................ …………………………….………… ……………………………

(podpis koordynatora/ Oddziału (podpis Dyrektora ) prowadzącego staż)